

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 96

TRAVAIL de la CLINIQUE NEUROLOGIQUE

et PSYCHIATRIQUE

de Monsieur le Professeur LÉPINE

Contribution à l'Etude
de la MALARIATHÉRAPIE
de la PARALYSIE GÉNÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry CHRISTY

Interne des Hôpitaux de Lyon

Moniteur de Travaux pratiques au Laboratoire d'Histologie de la Faculté

Né le 4 Octobre 1898 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MALARIATHÉRAPIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 96

TRAVAIL de la CLINIQUE NEUROLOGIQUE
et PSYCHIATRIQUE

de Monsieur le Professeur LÉPINE

Contribution à l'Etude
de la MALARIATHÉRAPIE
de la PARALYSIE GÉNÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry CHRISTY

Interne des Hôpitaux de Lyon

Moniteur de Travaux pratiques au Laboratoire d'Histologie de la Faculté

Né le 4 Octobre 1898 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
 Doyen M. J. LÉPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	PAVIOT
Clinique ophtalmologique	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	VORON.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUAND
Clinique chirurgicale, Infantile et orthopédie	VILLARD.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	COLLET.
Chimie biologique et médicale	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Histologie	BRETIN.
Physiologie	GUIART.
Pathologie Interne	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD.
Anatomie pathologique	DOYON.
Chirurgie opératoire	FROMENT.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE.
Médecine légale	FAVRE.
Hygiène	PATEL.
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie	Etienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS.
—	Prépédutique de gynécologie	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon,
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCAEU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, président ; FROMENT, assesseur ;

FAVRE, professeur et GATE, agrégé,

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOYEN J. LEPINE

*Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

De qui nous sommes fier d'être l'élève. Ce travail dont il nous a chargé lui est dédié, conscient d'avoir fait de notre mieux. Qu'il veuille cependant l'examiner avec la bienveillance que nous lui connaissons.

Il trouvera au cours de cette thèse des idées qui sont siennes ; elles lui diront la fidélité ainsi que l'attachement respectueux d'un de ses élèves reconnaissant.

Que notre Maître de qui nous admirons et aimons à la fois la netteté et l'élégance de la pensée, ainsi que le caractère, soit assuré de notre dévouement et qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de ce Jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT

Médecin des Hôpitaux

Que ce Maître qui attache son nom
à tant de problèmes de la neurologie
et qui a su montrer quel pouvait être
l'idéalisme du médecin, soit persuadé
de notre respectueuse affection.

A ses côtés en ce moment, nous
sommes attentif à son enseignement
et nous admirons son imagination
créatrice. Nous ne pouvons pas assez
lui exprimer notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Médecin des Hôpitaux

Nous sommes heureux de pouvoir lui dire la joie que nous avons eue d'être son Interne. Nous tenons à le remercier bien respectueusement de l'enseignement qu'il nous a donné. Les moments passés dans son service comptent parmi les meilleurs de notre vie hospitalière.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATE

Médecin des Hôpitaux

Il a déjà été notre Juge ; nous sommes particulièrement heureux de le voir siéger aujourd'hui à ce Jury de thèse. L'accueil si bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui, la clarté ainsi que l'entrain de ses leçons font que nous lui gardons une grande reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERIEL

Médecin des Hôpitaux

Que ce Maître de la neurologie trouve en les paroles d'un de ses élèves l'assurance de sa respectueuse affection. L'originalité de son caractère, la sûreté de son jugement, font que ceux qui ont eu le bonheur d'être son Interne, en gardent un souvenir qui ne s'effacera jamais.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POLICARD

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Nous avons été admis dans son Laboratoire. Il nous a donné de bienveillants conseils ; grâce à lui, nous avons pu prendre contact avec la neuro-psychiatrie de l'étranger.

Qu'il veuille bien recevoir nos remerciements, ainsi que l'expression de notre attachement respectueux.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

Laboratoire d'Histologie

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLICARD.

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DURAND.

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERIEL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND.

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET.

Internat provisoire

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER.

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR L. NOVE-JOSSERAND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE.

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERIEL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MALARIATHÉRAPIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Introduction

Les plus grands progrès que la médecine de l'esprit ait réalisés concernant la paralysie générale. Les aliénistes et les neurologistes ont largement doté cette folie; on lui a donné une place à part dans les cadres nosologiques grâce à une lumineuse compréhension de ses symptômes; on a trouvé ses causes et on a décrit ses lésions; et voici que depuis quelques années, une aube pleine de promesses s'est levée. Elles sont bien intéressantes aussi, les autres maladies mentales, mais elles n'ont pas le régime de faveur de la paralysie générale. C'est un fait paradoxal qu'on s'acharne à trouver la solution des problèmes les plus difficiles; elle a une évolution si rapide cette maladie de Bayle et elle mène en l'absence de traitement si sûrement à la déchéance! Mais cela n'est paradoxal qu'en apparence; c'est parce qu'ils ont évolué à la lumière de Bayle et de Wagner von Jauregg que d'autres médecins, qui portent cependant de grands noms, ont continué le geste et poursuivi le même sillon que ces observateurs de grand génie.

Mais le génie scientifique n'a jamais une éclosion aussi rapide que dans d'autres domaines. Il est en quelque sorte préparé. De même que la thèse inaugurale de Bayle venait après de judicieuses remarques, de même la malariathérapie de Wagner von Jauregg prend droit de cité dans la thérapeutique après d'intéressantes observations, purement empiriques. Le pharmacien de l'hospice de Bedlam, Haslam, puis Perfect au XVIII^e siècle, plus tard Esquirol et ses élèves commençaient de signaler la singulière gravité de cette paralysie générale des aliénés que Bayle allait décrire comme une entité morbide; pareillement, l'inoculation du paludisme a été précédée par l'idée de la thérapeutique de dérivation sous d'innombrables modalités.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que de cette même ville de Vienne nous soient amenés deux mouvements psychiatriques particulièrement importants : la psychanalyse de Freud, la malariathérapie. Ils sont essentiellement différents, puisque l'un ne voit que les causes morales des névroses et des psychoses et que l'autre s'attache uniquement aux processus biologiques. Cette dernière compréhension de la médecine mentale ne fait pas figure de doctrine, ni de religion; elle se contente de faire avancer pas à pas nos modestes connaissances en fait de neuropsychiatrie. Dans cette voie l'ont orientée de très grands esprits, comme Régis par exemple. Un peu dédaigneuse des faits psychologiques trop subtiles, cette conception impose au psychiatre la discipline de la neurologie ainsi que celle de la médecine inter-

ne. L'exagération d'une telle attitude irait jusqu'à l'hérésie la plus grande et ne tendrait rien moins qu'à montrer que la connaissance parfaite des états d'âme du sujet à examiner est superflue et irait rejoindre cette odieuse et ignorante assertion : « la psychiatrie est pareille à la botanique ».

Il nous est bien agréable de remercier aujourd'hui notre Maître, M. Lépine, qui nous a toujours guidé dans nos études. Jeune étudiant, nous avons été reçu par lui dans son service de clinique psychiatrique; dès cette époque, nous avons éprouvé cet intérêt passionné de la médecine mentale; ultérieurement, comme interne de la clinique neurologique, comme interne de MM. Froment et Bériel, nous avons passé d'excellents semestres. Que nos Maîtres de la neuropsychiatrie, ainsi que tous nos autres Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté, soient assurés de notre attachement respectueux, non seulement à leur enseignement, mais aussi à leur personnalité.

Nous ne voulons pas terminer sans exprimer notre gratitude à ceux qui nous ont aidé; notre ami, le Dr Bourrat, chef de clinique neurologique, qui a fait beaucoup d'impaludations, a droit à notre reconnaissance, ainsi que notre ami le Dr Hadjioloff qui, par sa connaissance de la langue allemande, nous a aidé dans nos recherches bibliographiques.

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE PREMIER

Avant-Propos et Historique

L'idée qu'une pyrexie peut améliorer certaines maladies mentales et nerveuses, idée empirique, est fort ancienne.

Le nom de Wagner von Jauregg doit être considéré comme le grand nom de la malariathérapie, méthode qui, à l'heure actuelle, apparaît comme le meilleur traitement de la paralysie générale progressive.

Au dire d'Hermilie Valdezan, le célèbre orfèvre Benvenuto Cellini, atteint de graves accidents syphilitiques, contracta le paludisme et guérit rapidement. Son mal napolitain aurait été traité uniquement par le gaïac qu'on sait depuis être inopérant. Si elle est vraie cette anecdote, bénissons cette malaria qui vint donner la santé à l'artiste qu'on revoit à travers les fines médailles, les bronzes élégants, l'éclat resplendissant des œuvres de maîtrise. Et peut-être existe-

t-il dans l'histoire des exemples fameux de guérisons inattendues sous l'influence d'un mal nouveau ?

L'épilepsie, qui a tant intrigué les anciens, plusieurs fois, grâce à des maladies intercurrentes, aurait suspendu ses assauts. *Quatarna epilepsiae vindex appellatur*, depuis Hippocrate. C'est que l'idée d'un processus qui nous désarme révolte l'esprit à ce point qu'on se prend à espérer, sans l'avouer ouvertement, de singulières éventualités. « Qui sait, une grande secousse morale lui rendra-t-elle l'usage de la parole ? » « Une affection nouvelle viendra-t-elle balayer cette maladie désespérante par sa chronicité ? » Et ne voit-on pas que les onguents, les recettes tant vantées ne sont que de pâles traitements de certaines maladies de peau rebelles et qui s'évanouissent sous l'influence de la grippe et de la pneumonie ? Certains médecins d'autrefois se réjouissaient de l'apparition d'un érysipèle sur un cancer de la peau ou du sein, et pensaient avec simplicité que cela valait mieux qu'une pâte à l'acide arsénieux. L'idée d'une dérivation salubre, d'une suppuration favorable n'est pas née d'aujourd'hui. Mais il semble singulier que ces faits que Galien, Arétée de Cappadoce, Alexandre de Tralles et même tout près de nous Pinel, Esquirol, signalèrent, n'aient pas éveillé l'essai de la contamination. Dans les très vieux livres, cependant, on parle de révulsions énergiques capables de faire rétrocéder certains troubles mentaux. Le vésicatoire permanent, les frictions irritantes, le séton à la nuque, connurent l'honneur et l'abandon.

Il n'y a pas que la seule paralysie générale qui bé-

néficie de la fièvre provoquée; celle-ci a une action bienfaisante sur d'autres folies, et même sur un certain nombre d'affections strictement neurologiques. Pour ne parler que des premières, on peut citer la confusion mentale. Le confus qui ne guérit pas vite, c'est-à-dire dans le délai de trois semaines, un mois, est très exposé à garder un résidu post-onirique avec lequel il organisera, ainsi que Régis l'a montré, un délire secondaire. Si juste à ce moment-là un épisode fébrile apparaît, ou mieux si on injecte au malade une substance pyrétogène, les idées délirantes sont quelquefois rapidement balayées. Nous verrons par la suite que notre Maître, J. Lépine, puis O. Fischer (de Prague) et J. Donath (de Budapest) avaient préconisé dans ces cas le nucléinate de soude. M. Lépine a montré, en outre, que le nucléinate était difficilement maniable chez les paralytiques généraux.

Le traitement de la maladie de Bayle par la fièvre provoquée n'a pas été formulé du premier coup. Pendant des années, on s'est adressé dans la recherche d'une substance pyrétogène au phlogétan, au nucléinate de soude, aux toxines streptococciques, à la pyocyanine, aux abcès de fixation, plus simplement au lait stérilisé et cela avec des résultats divers. La tuberculine isolée ou associée à la médication mercurielle fut préconisée, en 1887, par Wagner von Jauregg, puis par Pilcz, Erst Bock, Binswanger. Mais quel est celui qui eut l'idée d'inoculer expérimentalement le paludisme ? Est-ce Wagner von Jauregg qui a donné son nom à la méthode thérapeutique qui va faire l'objet de cette étude, de qui le nom en tout cas

doit tenir une place d'honneur dans le traitement de la paralysie générale ? Est-ce un Russe, Rosenblum, s'il faut croire Ikthemann qui nous dit que les expériences de Rosenblum auraient été faites pendant la période 1864-1874 ? Est-ce un médecin militaire Français, Legrain, dont les idées passèrent inaperçues dit Marcou; Prugniald, dans sa thèse de 1927, a relaté ces diverses opinions. Dans un article du *Medical Journal and Record*, George B. Lake (de Chicago) donne une idée claire de l'historique de la méthode; on peut décrire les étapes suivantes : en 1887, Wagner von Jauregg donne ses idées générales concernant les méthodes non spécifiques du traitement de la paralysie générale. Pilcz, en 1911, répète ces expériences et les confirme. Alors les essais d'être repris. Wagner von Jauregg, en 1917, publie les observations de neuf malades impaludés; Gerstmann, en 1922, commence de fournir une grosse statistique (294 cas, « 112 bonnes rémissions »). Peu après, en 1923, Kirschbaum donne le chiffre impressionnant de 61 rémissions complètes sur 196 cas traités. A ce moment alors, les publications commencent d'abonder. A. R. Grant et J. D. Silverston (1924) signalent des modifications humorales : Warrington Yorke et J. W. S. Macfie, Lewis, Hubbard et Dyar, W. M. McGrath donnent d'intéressants résultats. Dans notre pays, Claude et Targowla, principalement, ont contribué à la diffusion de la malariathérapie.

Voyons rapidement, d'une manière comparative, les diverses thérapeutiques qu'on a essayé durant ces dernières années d'opposer à la paralysie générale progressive. Elles sont les suivantes :

Thérapeutique symptomatique;

Thérapeutique par les médications antisyphilitiques;

Pyrétothérapie (malaria, récurrente, pyrétothérapie réglée de Sicard).

Ne sourions pas trop de la première, parce qu'elle n'a que peu de prétentions; elle est simplement palliative. Mettre le malade dans les meilleures conditions d'hygiène physique et morale, calmer par les grands bains ses phases d'agitation, veiller à son alimentation, essayer en un mot de lutter contre les poussées congestives par les moyens physiques surtout, voilà ce qu'elle propose. Il est certain qu'elle compte des succès, cette méthode, des succès relatifs. A l'heure actuelle, on ne peut s'en contenter; mais il ne faut pas l'oublier.

Que doit-on retenir des traitements antisyphilitiques ? Certains médecins y sont restés fidèles. « Depuis plus de vingt ans, dit Abadie, j'enseigne que le traitement fondamental de la paralysie générale est contrairement à l'opinion classique naguère en cours, la médication antisyphilitique. Depuis ce temps, je démontre autour de moi, par les résultats obtenus, que le traitement spécifique, convenablement conduit peut à lui seul amener des rémissions et des arrêts, des réadaptions familiales et des guérisons sociales... Ces bons résultats, qui peuvent être obtenus avec le traitement mercuriel seul dans une proportion assez grande, deviennent plus nombreux et plus complets encore quand on associe au mercure les cures arsenicales et bismuthiques... » Pour un instant, mettons

à part les arsénicaux pentavalents, vraiment attendre un résultat d'une cure mercurielle, novarsénobenzoïque, bismuthique, c'est une chose contestable pour bien des auteurs. On a même reproché des accidents au mercure, à l'arsenic (sous forme de néosalvarsan). La méthode que Sicard avait préconisée, il y a quelques années, et qui consistait à injecter quotidiennement sous la peau de petites doses de néosalvarsan aurait donné à des auteurs, comme Rogues de Fursac, certains succès. D'une manière générale, Rogues de Fursac est favorable à l'institution du traitement antisyphilitique. Et même ce dernier auteur dit dans son précis de psychiatrie : « il fut un temps où force était d'accepter comme réalité ce paradoxe; la paralysie générale est une maladie syphilitique : le traitement antisyphilitique n'y est d'aucune efficacité. » Les aggravations que donnerait le mercure ne seraient pas, pour Rogues de Fursac, vraiment des aggravations, mais des phénomènes éphémères et peu dangereux dus à la réaction d'Herxheimer. D'ailleurs ces réactivations se verraient moins quand on emploie le principe des doses faibles, uniformes, répétées de 914. Les améliorations dont parle Rogues de Fursac, dans son précis, seraient vraiment intéressantes; elles auraient un certain effet sur l'état mental, l'état neurologique et humoral. Notre Maître, le Professeur Lépine, nous a toujours appris à ne placer que peu d'espérances dans le traitement antisyphilitique. Nous ne voulons pas lui reprocher des accidents possibles, attendu que la malariathérapie fait courir certains risques aux malades, chose

qui ne doit pas trop nous effrayer; on a le droit, en effet, d'être audacieux quand on entreprend le traitement d'une maladie aussi grave. Mais il nous semble que le bénéfice que retire le sujet d'une médication d'aussi longue durée, que ces cures prolongées antisypilitiques, pourrait bien être mise sur le compte de l'hygiène, des conditions de vie meilleure de l'individu. Et maintenant, quelle confiance accorder aux arsenicaux pentavalents : la tryparsamide de l'Institut Rockefeller, le stovarsol, ce dernier médicament étant plus couramment employé dans notre pays. Nous n'avons pas la prétention de donner même un aperçu du traitement de la maladie de Bayle par le stovarsol; c'est un sujet sur lequel on a abondamment publié et qui, à lui seul, ferait l'objet d'une importante étude. MM. Bériel et Devic ont donné, à Lyon, une statistique favorable et nous avons vu par nous-même les excellents résultats que ce médicament pouvait donner. A l'heure actuelle, M. Bériel traite une assez grande quantité de paralytiques généraux ambulatoires et qui sont en bonne rémission. Pareillement, nous avons une impression très favorable de la tryparsamide que nous avons employée dans quelques cas à la clinique neurologique. Notre idée personnelle est que ces médicaments donnent de bons résultats quand la paralysie générale a, avant tout, une expression neurologique. Nous pensons, peut-être avons-nous tort, qu'il ne faut pas lui accorder une trop grande confiance lorsque le malade est un véritable aliéné, un grand aliéné. Quelques-uns de nos malades avaient été traités par

les arsenicaux pentavalents avant d'être impaludés. Quant aux accidents oculaires, ils ne sont pas fréquents et si subits qu'on ne puisse utilement arrêter la médication. Il resterait à dire quelques mots d'une méthode assez particulière : l'injection intra-rachidienne de néosalvarsan ou de sérum salvarsanisé, méthode à laquelle s'attachent les noms de Swift, Ellis, Gennerich; on ne lui a pas fait un accueil très chaleureux en France. Ce traitement serait, paraît-il, dangereux. Personnellement, nous n'avons aucune expérience de cette thérapeutique.

Envisageons maintenant pour terminer les diverses pyrétothérapies. L'inoculation de la fièvre récurrente, sans être actuellement abandonnée, est délaissée au profit de la cure malarique. Primitivement on a cru voir un avantage en conservant le germe de la maladie sur un animal (souris). Quoique Lafora ait prétendu que la fièvre récurrente soit moins dangereuse que le paludisme, Claude, Targowla et Lignières ont dit que la virulence du spirochète serait exaltée par les passages successifs sur l'homme. La technique de la récurrenthérapie est d'ailleurs assez délicate; l'hôte intermédiaire du spirochète, une tique, l'*ornithodoros Venezuelensis* est broyé, puis injecté à la souris. On sacrifie la souris au bout d'une semaine, on prélève le sang contenu dans son cœur; on injecte alors ce sang au malade. Les accès apparaissent au bout de 2 à 4 jours; ils ne sont pas aussi nets que ceux du paludisme; on juggle la maladie par un traitement arsenical.

La dernière en date de ces médications est celle de

Sicard Haguenau et Wallich. Il s'agit d'une pyrétothérapie réglée. Le produit injecté est le vaccin anti-chancrelleux. Elle a l'immense avantage, cette méthode, d'être maniable, moins dangereuse que le paludisme expérimental. En revanche, elle ne donne pas des accès de température aussi élevés, ce qui, nous le verrons plus tard, a son importance.

En pratique, trois médications se proposent d'endiguer le processus démentiel de la paralysie générale progressive : le stovarsol, la malaria, la méthode de Sicard. En adoptant une de ces deux dernières, il semble que l'on ait une attitude judicieuse puisque ultérieurement le malade sera soumis aux injections de stovarsol.

CHAPITRE II

Technique de la Malariathérapie Indications. Contre-indications

La technique de l'impaludation consiste essentiellement à injecter dans les muscles ou dans les veines du malade une petite quantité de sang de paludéen en accès. Il faut choisir la fièvre tierce bénigne.

On laisse évoluer un certain nombre d'accès (dix environ), on coupe le paludisme par la quinine qu'il est utile d'ailleurs de savoir manier à petite doses si l'on veut « gouverner » le paludisme.

On peut faire des réimpaludations.

Quoiqu'il ne faille pas trop voir de contre-indications, prenons garde aux paralytiques généraux cardiopathes ou tuberculeux.

TECHNIQUE

Quand l'impaludation est décidée, il est utile de préparer le malade, de le mettre dans un état physi-

que suffisamment bon pour bien supporter la thérapeutique choquante qu'il va recevoir. Une alimentation substantielle, peu toxique, une hygiène bien comprise, du repos relatif, sont en général nécessaires; ces malades souvent épuisés par une activité physique inaccoutumée, par des excès sexuels ou alcooliques, prélude de leur affection, doivent être l'objet de soins spéciaux quant à l'état général. La suppression de toute boisson alcoolique est particulièrement importante. Rapidement le paralytique est exubérant de santé physique; on peut l'inoculer. Certains auteurs avaient, il y a quelques années, préconisé l'ingestion de quinine dans les semaines précédant l'impaludation pour voir si ce médicament était bien supporté; ne bénéficiaient pas du paludisme expérimental les sujets intolérants à la quinine. Cependant les traités de pharmacologie signalent assez peu d'idiosyncrasies à la quinine; au cas où l'intolérance serait manifeste, on aurait recours à la méthode du Professeur Moloff (de Sofia). Cet auteur préconise l'ingestion de peptone de Witte en même temps que l'administration du médicament.

Les petits incidents mis à part, vertiges, troubles gastriques, les états anormaux d'excitation cérébrale, délire, hallucinations, ivresse quinique, ne sont pas fréquents et ne sont pas graves à ce point qu'ils constituent une contre-indication à la cure malarique. Dans le service de M. le Professeur Lépine, on n'a pas pris cette précaution de vérifier l'intolérance à la quinine, et on n'a pas eu d'inconvénients de ce point de vue. Il faut absolument écarter le plasm-

dium falciparum; le Professeur Mühlens a attiré l'attention sur le fait qu'un paludéen qu'on songerait à utiliser, en vue de l'inoculation, peut être porteur des deux plasmodies; par conséquent, la constatation du plasmodium vivax dans le sang du donneur n'est pas tout, il faut qu'on ait la certitude que ce sang ne contienne pas l'agent de la fièvre tropicale.

Il faut maintenant se procurer l'hématozoaire. Dans un grand service où l'on pratique sur une vaste échelle la malariathérapie, on a toujours au moins un malade en accès, sinon, on trouve assez aisément dans les hôpitaux d'une grande ville, les hôpitaux militaires particulièrement, un paludéen. Le premier de nos malades a été inoculé avec le sang d'un militaire hospitalisé à l'hôpital Desgenettes. La difficulté commence si les malades sont éloignés de quelques kilomètres. Le transport du malade auprès du donneur est l'éventualité à conseiller; mais pour différentes raisons, par exemple la recherche de l'hématozoaire à l'asile, ce qui peut défavorablement impressionner le malade, il faut souvent se résoudre à transporter le sang malarique. Cinq ou dix centimètres cubes de sang de paludéen en accès sont retirés au pli du coude. On a vérifié qu'il s'agissait bien du plasmodium vivax. Il est utile, mais non indispensable, de recevoir ce sang dans une seringue contenant quelques gouttes d'une solution de citrate de soude. Souvent, c'est en pleine nuit qu'il faudra faire cette opération. Il faut veiller à ne pas laisser refroidir ce sang, on le maintient pendant la durée du transport à une température de 37°; l'hémato-

zoaire est en effet très fragile. Nous avons appris à la clinique du Professeur K. H. Bouman, d'Amsterdam, une méthode ingénieuse qui permet d'avoir toujours de l'hématozoaire. On conserve en effet la plasmodie sur l'anophèle qu'on trouve assez aisément en Hollande. L'anophèle capturé dans un bocal de verre pique le paludéen en accès au travers d'une gaze fixée à la partie supérieure du bocal. Le moustique est alors conservé à l'étuve à 37°. Pendant les premiers jours (14 jours exactement) il ne serait pas infectant; la personne chargée de ce service peut se faire piquer, paraît-il, sans crainte, pendant ce délai. C'est d'ailleurs une façon de nourrir l'anophèle qui servira à l'inoculation au bout de 14 jours. L'avantage de cette méthode réside dans le transport facile du germe paludéen qu'on peut expédier en train, en avion ; mais elle n'est applicable qu'avec une parfaite organisation.

Cette technique spéciale mise à part, revenons à l'inoculation la plus habituellement pratiquée : l'injection à la seringue du sang malarique. Le malade sera impaludé de deux façons: par voie intra-veineuse, ou par voie intra-musculaire. Ces deux techniques ont leurs avantages respectifs; si l'on adopte la voie intra-veineuse, les accès fébriles apparaîtront quelques heures (18, 24 heures) après l'opération. Nyssen, d'Anvers, a préconisé le procédé du rinçage de la seringue. Certains auteurs, Wethmar notamment, ont étudié la question des groupes sanguins comme temps préliminaire à l'inoculation. Jamais cette précaution n'a été prise pour les malades dont

nous publions les observations. L'étude des groupes sanguins nous semble superflue, attendu qu'il s'agit non pas d'une transfusion, mais d'une injection très minime de sang. Si c'est la voie intra-musculaire (grand pectoral, muscle de l'épaule) qu'on a choisie, les grands clochers thermiques du paludisme ne feront leur apparition qu'après une période primaire d'invasion où la température, sensiblement en plateau, est aux environs de 38°, période qui dure une semaine à 10 jours. Quelle que soit la voie adoptée, voici notre malade en accès; une série de précautions, de soins, sont indispensables; le régime, le réchauffement du malade, sont choses trop banales pour qu'il soit nécessaire d'insister. Une précaution doit être prise d'emblée : il ne faut pas méconnaître les accès nocturnes; on risquerait de laisser évoluer trop longtemps le paludisme; aussi bien il faut donner la consigne au personnel infirmier de prendre la température toutes les 3 heures. Quand la température dépasse 41°, il est prudent de donner une petite dose de quinine (10 centigrammes). Il est évident que l'état général du sujet doit être minutieusement observé et qu'on doit se tenir prêt à couper la fièvre si des symptômes alarmants apparaissent, sinon, on laisse évoluer 10 à 12 accès. Gerstmann conseille 8 à 10 accès; le nombre 12 serait déjà élevé; quelquefois nos malades ont eu 15 accès. Actuellement, nous envisageons que cette dose de paludisme est trop forte. Les travaux étrangers qui nous ont appris à bien doser le paludisme n'étaient pas encore parus à l'époque où nous pensions que le malade aurait

d'autant plus de chance d'obtenir une guérison qu'il aurait plus d'accès (1). Gerstmann, Loberg nous disent qu'il n'en est rien. Loberg pense que les résultats seront moins bons si le malade fait 13 à 16 accès; sa statistique est probante, et même les malades de Loberg dont le paludisme était particulièrement prolongé, présentaient une paralysie générale au début et couraient les chances maximum de guérison. Wagner von Jauregg ne va pas jusqu'au dixième accès: « ordinairement, dit cet auteur, on ne fait subir au malade que huit accès fébriles, on admet seulement dix accès quand le malade les supporte très facilement ». Il arrive assez fréquemment qu'au bout d'un certain nombre de passages, la fièvre ne soit plus du type tierce; tous les jours, s'élève alors un clocher sur la feuille de température; ces accès quotidiens ont le désavantage d'épuiser assez rapidement le malade. Un grand nombre de sujets dont nous rapportons l'observation ont eu un paludisme de ce type. Le Docteur Jacques Ley, de Bruxelles, a rapporté au Congrès d'Anvers de 1928 un moyen qui permettrait de retrouver le type normal; il suffirait de faire une injection intra-veineuse de néosalvarsan (15 centigrammes) pour voir se déclancher de nouveau la fièvre tierce. Nous connaissons ce renseignement depuis peu de temps, nous le tenons de Ley lui-même, et par conséquent, nous n'avons pu faire bénéficier nos malades de cet avantage. Nous aurons l'occasion

(1) Claude et Targowla préconisaient 10, 15 accès francs suivant l'intensité et la résistance du malade (*Monde Médical*, 15 août 1925).

dans un chapitre ultérieur de parler des modifications psychiques qui font leur apparition pendant la période d'impaludation. Pendant cette période, le délire onirique avec agitation que le paludisme est susceptible de déclencher, est quelquefois très gênant pour soigner le malade. Que faire alors ? Peut-on maintenir camisolé un paralytique général malarique dont la température est aux environs de 41°. Il est bien certain que ce moyen dangereux et inhumain doit être proscrit; d'un autre côté les sédatifs puissants de l'agitation (hyoscine, somnifène) sont inutilisables chez ce malade suffisamment intoxiqué par la malaria. Il serait difficile et peut-être contre-indiqué d'employer la balnéation prolongée. Il faut se résoudre à laisser crier le malade en proie à son délire. La surveillance constante d'un personnel dévoué et que la vue des grands aliénés n'effraie pas, est la seule ressource.

Il s'agit maintenant de couper le paludisme par la quinine. Presque toujours nos malades ont reçu leur chlorhydrate de quinine par ingestion. L'injection intra-musculaire doit être réservée, ainsi que l'intraveineuse, au cas où il y a une extrême urgence, à mettre fin à la maladie. On donne en général 1 gramme et demi, 2 grammes de quinine en plusieurs fois, chaque jour, pendant 8 jours environ. Quelquefois, il n'est pas inutile d'adjoindre à la quinine le cacodylate de soude en piqûres. Ultérieurement le paralytique général fera quelques cures de quinine. Dans les deux ou trois jours qui suivent l'extinction de la malaria, ces malades reçoivent leur stovarsol ou leur

tryparsamide tous les trois, quatre jours, à la dose de un gramme, deux grammes, jusqu'à concurrence de 21 grammes. On applique ainsi immédiatement le traitement anti-syphilitique qui, en outre, aide puissamment à juguler la malaria. Certains auteurs ont donné leur préférence à tout autre agent anti-tréponémique. A la clinique de Wagner von Jauregg, on reste fidèle au néosalvarsan; on administre 4 gr. 95 de néosalvarsan en 6 semaines. En Hollande, on emploie aussi ce médicament. Claude et Targowla préconisent les arsenicaux pentavalents; Sézary et Barbé ont publié les avantages des composés pentavalents sur les trivalents. Si l'on adopte l'arsenic sous forme de stovarsol ou de tryparsamide, on veillera aux accidents oculaires possibles.

Le paludisme éteint, l'état général du sujet a faibli; il a maigri, a pâli, souvent il est très légèrement subictérique, mais rapidement, il reprend le dessus; très vite son état physique devient bon. Wagner von Jauregg conseille la réimpaludation si les rémissions ne sont pas satisfaisantes. « On fait réimpaluder les malades ayant un bon état général, tout de suite après le traitement précédent, ou après un petit intervalle, et c'est alors que suivent les résultats pleinement satisfaisants ». Cet auteur conseille encore une troisième impaludation; si dans ce cas, les accès fébriles ne se manifestent pas ou se manifestent d'une façon larvée (2 à 3 accès qui s'éteignent spontanément), on peut remplacer le paludisme par la fièvre récurrente. « On ne pratique pas d'emblée cette méthode, parce qu'elle est beaucoup moins efficace que

l'impaludation. D'autres pyrétothérapies sont entièrement inefficaces. On fait cesser les accès du paludisme avec cinq grammes de quinine par semaine, même si la fièvre tombe d'elle-même » (Wagner von Jauregg).

Nous avons exposé avec beaucoup de détails cette technique sur laquelle il a été publié déjà d'excellents articles. Nous avons tenu à dire, non seulement comment ont été traités les malades qui feront l'objet des chapitres ultérieurs, mais encore à montrer l'importance d'une série de petits faits, surveillance constante des malades souvent agités, prise de température fréquente, etc..., auxquels le personnel médical et infirmier doit s'assujettir.

Ce traitement pyrétothérapique et médicamenteux terminé, le médecin ne devra pas abandonner le malade. Sans insister sur l'importance de l'hygiène, du régime..., bref de toutes les thérapeutiques symptomatiques, il est une chose qui, à notre avis, a une importance assez grande, c'est la psychothérapie. Certes, les moyens biologiques tiennent une place d'honneur ici. « La pathologie cérébrale considérée à ce stade primitif des processus morbides qui précède la phase des lésions actuellement accessibles à notre observation, devient de plus en plus biologique » (J. Lépine). Mais dans ces états d'évolution souvent si longue que donne l'aliénation, les facteurs moraux ajoutés les uns aux autres finissent, par leur nombre, à prendre de l'importance. Quand on a cette idée très simpliste à la vérité, que le paralytique général qui a terminé sa cure malarique peut être comparé

au malade atteint de confusion mentale commençant à recouvrer un peu de lucidité, on ne peut s'empêcher de croire que le redressement prudent de ses idées délirantes, que la sympathie qu'on peut lui témoigner, que les essais de rééducation doucement menés ne sont pas peine perdue. D'ailleurs, le médecin peut avoir un ascendant considérable sur des malades de cette catégorie. Et même l'indifférence, l'isolement, l'oisiveté doivent contribuer à l'endiguement démentiel. Bleuler en a donné la preuve pour les psychoses schizophréniques. En matière de démence paralytique, il n'est pas mauvais de se rattacher à la théorie qui donne le maximum d'espérances. Aussi bien, le travail sera le souffle bienfaisant ranimant un feu qui s'éteint. L'étranger, avec ses formidables organisations de thérapie par le travail (Céry, Malévoz en Suisse; Santpoort en Hollande par exemple), a sur notre pays un avantage incontesté. Mais si on ne peut mettre le malade dans un milieu organisé pour le traitement des psychoses par le travail, tout au moins pourra-t-on lui confier les besognes faciles de la division, du service, et c'est déjà quelque chose.

INDICATIONS — CONTRE-INDICATIONS

Quand on étudie la bibliographie de la thérapeutique de la paralysie générale progressive par la méthode de Wagner von Jauregg, on se rend compte que ce traitement a infiniment plus de partisans que de détracteurs. De l'avis quasi unanime, on n'a jamais vu d'aussi longues rémissions, dont certaines peuvent être considérées comme des guérisons. La malaria-

thérapie, associée aux médicaments antisypilitiques, a suscité des enthousiasmes outrés ; cependant, il existe là comme ailleurs des indications et des contre-indications. Toutefois, si l'on réfléchit à la gravité de la paralysie générale abandonnée à elle-même, on a le droit d'être très interventionniste.

Deux points sont particulièrement importants : la résistance relative du sujet, l'évolution peu avancée de l'affection commandent l'impaludation. Il faut se hâter de faire le diagnostic suffisamment tôt, si l'on veut rendre service au malade. Quand le processus destructif aura fait son œuvre, on n'aura pas la prétention d'opérer la résurrection des cellules cérébrales perdues. Et cependant comme ils sont nombreux les malades qui viennent tard à l'hôpital ou à l'asile ! Des mois durant, on les a classés comme psychasthéniques, anxieux, simples neurasthéniques ; il est banal d'insister sur l'absence totale de psychologie de l'entourage, et l'on pourrait dire que les plus favorisés sont ceux qui font leur début par un acte insensé ou délictueux, dont la nature pathologique crève les yeux. La précocité du traitement a été envisagée comme si importante que certains auteurs ont préconisé une impaludation comme un moyen prophylactique de la démence paralytique. Gougerot conseille la surveillance clinique et humorale des syphilitiques latents ; si les examens révèlent une syphilis méningée, ou nerveuse, n'ayant pas cédé aux traitements habituels, on aura recours, dit cet auteur, à la pyréthothérapie réglée de Sicard ; si cette méthode ne donne pas les résultats attendus, on pourrait discuter l'opportunité de l'impaludation.

On peut trouver des contre-indications absolues ou relatives, assez nettes, soit qu'il faille surseoir à la malariathérapie, soit qu'on doive abandonner pour toujours le projet d'impaluder les malades. Un individu dont l'état physique est altéré, notamment par suite d'excès alcooliques, ne sera pas de suite inoculé. Claude et Targowla ont insisté sur ce fait, à savoir que l'insuffisance hépatique est à considérer. D'une manière générale, une affection viscérale grave, concomitante, constitue une contre-indication tout au moins pour un certain temps. Les lésions de l'appareil circulatoire sont particulièrement importantes. L'aortite syphilitique est d'une très grande fréquence chez les syphilitiques nerveux. Gerstmann à ce propos donne des chiffres instructifs; il cite la statistique de Frisch qui, en 1923, trouve dans 115 cas de syphilis nerveuses, le pourcentage suivant d'atteinte de l'aorte : 39 % dans la syphilis cérébrale, 29 % dans la paralysie générale progressive, 48 % dans le tabès, 34,8 % dans les autres syphilis nerveuses. Pour Löwenberg il y aurait 33 % de paralytiques généraux atteints d'aortite. La maladie de Hodgson ainsi que l'ectasie sont évidemment plus rares que la simple aortite. Si l'anévrisme ainsi que l'insuffisance cardiaque sont des raisons majeures pour différer la cure malarique, on ne refusera pas le traitement si l'aortite syphilitique évolue avec un cœur relativement bon. C'est une affaire d'appréciation évidemment difficile; il sera utile dans ces cas, pensons-nous, de s'entourer de la compétence d'un spécialiste cardiologue. Sur 132 cas de syphilis nerveuses qu'il a

malariathérapées, Hitzenberger n'a pas eu de mort, et cependant il y avait de nombreuses aortites. Les diagrammes notamment n'ont pas révélé, pendant le paludisme, l'augmentation du volume du cœur et de l'aorte.

L'âge n'a pour Gerstmann aucune importance; de très jeunes paralytiques généraux héréditaires ont été impaludés à la clinique de Vienne, ainsi que des vieillards de 70 ans; là il est utile de savoir manier la quinine; il conviendra par exemple de donner assez souvent de petites doses de ce médicament au moindre signe d'alarme. Là encore, on peut faire cette impaludation en deux étapes (Gerstmann, *Die Malariabehandlung Der Progressiven Paralyse*, page 27).

Que dire de la tuberculose? Les avis sont partagés; certains effrayés par le réveil des foyers bacillaires anciens, aiment mieux s'abstenir. Kirschbaum et Mühlens ont vu des poussées évolutives bacillaires déclenchées par le paludisme. D'autres auteurs sont opportunistes.

Il va de soi que des maladies aiguës comme la pneumonie, l'érysipèle..., etc..., fournissent des contre-indications indiscutables.

Quant à la forme elle-même de la paralysie générale, attendu qu'il est possible, disent les Viennois d'avoir des améliorations même dans les cas anciens, il faut, d'une manière générale, être très interventionniste. Wagner von Jauregg pense cependant que les paralysies générales « galopantes » ne doivent pas être traitées. C'est aussi l'opinion de Mühlens Kirschbaum, Plaut, Steiner.

CHAPITRE III

Modifications psychiques

Il existe des états confusionnels, délirants, hallucinatoires. Ces faits sont d'un bon pronostic, mais souvent le malade pendant la période fébrile ne présente rien de nouveau du point de vue mental.

Plus intéressantes sont les modifications psychiques tardives : elles se résument en extinction des idées délirantes, évanouissement des épisodes de confusion, mais la démence demeure ce qu'elle était, perdant cependant son caractère progressif. Quelques mots sur les métamorphoses paranoïdes, catatoniques, quelques mots sur la paralysie générale associée au tabès.

La paralysie générale est caractérisée du point de vue clinique par la triade symptomatique suivante : syndrome psychiatrique, syndrome ataxo-parétique, syndrome humoral. Le syndrome psychiatrique s'exprime essentiellement par la démence plus ou moins

marquée, selon les cas et surtout selon l'évolution; sans lui, il est impossible de parler de paralysie générale. Le syndrome ataxo-parétique doit être constant; cependant, même très discret, il ne doit pas faire repousser l'hypothèse de l'affection. Le syndrome humoral est à ce point important qu'en son absence ou en l'absence d'un de ses éléments, il est impossible de porter le diagnostic positif de paralysie générale. Les diverses thérapeutiques qu'on oppose à la maladie de Bayle peuvent modifier un de ces syndromes ou les trois à la fois. Les modifications psychiques sont les plus importantes; c'est par elles que nous commencerons. Les auteurs qui ont traité de cette question ont observé que pendant l'impaludation, des phénomènes psychiques nouveaux ou des modifications des faits déjà existants pouvaient faire leur apparition, si bien qu'on est conduit à faire l'étude des phénomènes qui font immédiatement suite à l'inoculation de paludisme expérimental ou qui apparaissent en même temps que lui; en deuxième lieu, on envisagera les modifications plus tardives, modifications véritables et constituant les guérisons plus pratiques que psychologiques à la vérité, modifications par arrêt de l'évolution, les fixations de la maladie.

PHÉNOMÈNES IMMÉDIATS :

Il n'est pas rare d'assister, pendant la période d'accès fébriles, à l'éclosion d'états confusionnels, états d'engourdissement intellectuel et affectif pouvant aller depuis le simple voile à travers lequel on aperçoit toujours le fonctionnement cérébral, puisque

pressé de questions, le malade fait des efforts pour répondre, jusqu'au néant mental, jusqu'à la stupidité, qui éteint momentanément tous les lumignons de l'esprit. En vérité, c'est plutôt le type de la confusion asthénique que nous avons observé, et à le voir, ce paralytique général inoculé, au teint pâle, terreux quelquefois, à l'état physique altéré, l'observateur qui ne se fierait qu'aux apparences, croirait qu'il s'agit d'un psychopathe aigu. Vermeylen, dans la communication qu'il a faite au Congrès de Genève en 1926, a bien souligné ce point. Pour cet auteur, rien de spécial ne se produit pendant la période d'incubation qui dure généralement 8 à 15 jours. Dans quelques cas, on pourrait remarquer autour du troisième jour, un léger degré d'excitation. Pendant la période fébrile, et plus particulièrement à la fin de cette période fébrile, le malade, dit Vermeylen, donne plus souvent l'impression d'un confus que d'un dément. « La confusion est en général légère, intermittente, accompagnant les accès fébriles et laissant déjà soupçonner, dans les moments lucides, une mentalité moins atteinte qu'on ne le croirait. Le malade a moins d'idées mégalomaniaques, s'inquiète plus de son physique, a plus souvent des préoccupations hypochondriaques plus ou moins justifiées, fait quelques remarques de bon sens dont il semblait incapable auparavant. Mais ces manifestations restent sporadiques et ne sont que des éclaircies fugaces, mais déjà significatives » (Vermeylen). Il est évident que ce syndrome de confusion surajoutée n'a d'intérêt que si le malade est peu dément comme c'est généralement le cas chez les individus qui n'ont parcouru qu'une courte évolution de

leur méningo-encéphalite. A un stade plus avancé de la paralysie générale, ces faits ne méritent pas qu'on s'y arrête, car il est bien certain que l'observateur le plus attentif ne pourrait plus faire la part de la démence de celle de la confusion. Donc, nous avons en vue le sujet affaibli psychiquement d'une façon légère, mais certaine et qui, pendant son accès, change vraiment, s'achemine vers cet état d'obnubilation et de torpeur. Vermeyleylen a parlé des moments de lucidité, il ne nous a pas été donné de noter de tels faits; il nous semble au contraire que cet épisode en impose (à tort, croyons-nous), pour une aggravation. Gerstmann, dans une minutieuse étude qu'il a faite concernant le psychisme des paralytiques généraux impaludés, consacre une place importante à ces états confusionnels de la période d'hyperpyrexie. Pour lui, les manifestations délirantes confusionnelles sont moins fréquentes que les états d'obnubilation simple. Le malade, dit cet auteur, ne présente pas souvent ces délires fantastiques, terrifiants; on sait que dans la confusion mentale délirante, le délire onirique a des attributs bien spéciaux; l'approche de la nuit, l'obscurité, les bruits divers, sont des choses favorisant son éclosion. Ces idées contraires à la réalité des faits sont mobiles, incohérentes, éclatant par bouffées; ce sont des images bien plutôt que des concepts; ces images s'agglutinent les unes les autres, ainsi que certains mots, ce qui fait que le malade donne l'impression de parler une langue étrangère. Le délire onirique habituel s'accompagne souvent d'hallucinations (surtout visuelles) épouvantables, terrifiantes,

telles que lorsqu'on voit pour la première fois ces malades, on est saisi d'effroi. L'onirisme est une vision d'Apocalypse; c'est une projection démesurée de l'état somnambulique, avec cauchemars. Eh bien, Gerstmann n'aurait pas vu souvent ces délires terrifiants chez le paralytique général confus, pendant la période fébrile; nous avons dit précédemment que nous avons rencontré chez nos malades le type de la confusion asthénique surtout.

Les délires cependant peuvent se voir; un fait curieux a été signalé : les hallucinations auditives seraient plus fréquentes que les autres et l'on sait que ces derniers troubles psycho-sensoriels sont rares dans la paralysie générale. « Elles sont surtout auditives, dit Vermeylen, parfois cénesthésiques, olfactives et gustatives, rarement visuelles. Le plus souvent elles restent modérées, et prennent l'allure d'une conversation directe ou téléphonique... Dans toutes ces formes, les idées délirantes ont déjà une allure moins niaise et absurde que dans la paralysie générale; elles correspondent plus à un trouble qu'à un déficit de l'intelligence ». Nous ne souscrivons pas à cette dernière idée, nous avons dit plus haut que dans ce cas, le malade nous donnait bien plutôt l'impression de l'aggravation. Bien plus, il nous semble que les réactions du sujet soient moins adéquates à leurs perceptions que dans les délires toxi-infectieux vulgaires. Ceci constitue un élément de discordance, de dissociation psychique et fait ressembler de loin ces malades aux déments précoces, chose souvent signalée. Cette note de discordance s'explique aisé-

ment par le fond d'affaiblissement psychique de l'individu.

Wizel et Prussak ont donné, en février 1925, dans l'Encéphale, le résultat de leur étude concernant les modifications des paralytiques généraux malariathérapiés. Ils n'ont d'ailleurs employé que le seul paludisme et n'ont pas fait, par la suite, à leurs malades, d'injection d'arsenic. Ces phénomènes immédiats pour ces auteurs seraient les suivants : dans un premier groupe de malades, on trouve des hallucinations auditives et visuelles, des états d'anxiété et d'excitation pendant l'accès et disparaissant avec cet accès. Un deuxième groupe de sujets comprend les individus dont les troubles existent, quoique à un degré plus faible, dans l'intervalle des accès et ne disparaissant qu'après la cessation de ceux-ci.

On peut se demander d'abord pourquoi certains malades ont de la confusion, de l'anxiété, tandis que d'autres n'en présentent pas, et d'autre part, est-ce qu'on peut déduire de ces faits un pronostic quelconque ? En premier lieu, remarquons que Gerstmann qui a traité par la malaria des tabès, des syphilis cérébrales, des démences précoces, des scléroses multiloculaires, n'a vu des phénomènes confusionnels contemporains du paludisme que dans la seule paralysie générale. On peut penser par exemple que le paralytique général a fait récemment des excès alcooliques; sous l'influence de l'hyperthermie éclaterait une phase de délirium tremens; mais l'allure asthénique du malade, la rareté relative des hallucinations visuelles contrastant avec la fréquence des hallucina-

tions auditives, plaident peu en faveur de cette idée. Quoique Gerstmann prétende qu'il n'a pas vu ces états de confusion ou de délire chez les malades atteints de toute autre affection que la paralysie générale et traités par la malariathérapie, cela ne signifie pas que ces syndromes psychiques nouveaux et surajoutés ne soient pas créés par le paludisme lui-même. Les paralytiques généraux ont présenté ces accidents parce qu'ils ont une aptitude plus grande à délirer qu'un malade atteint d'une affection purement neurologique. Les troubles mentaux du paludisme ont été particulièrement étudiés par Régis et Hesnard, par Porot et Guttman. « Aucune infection n'est capable de réaliser à ce point la somme des causes psychogènes », dit Porot (Les Syndromes mentaux. Doin, 1928). A côté des accès oniriques passagers de la période fébrile, Porot décrit des aboutissants tardifs de la malaria, aboutissants démentiels. Le même auteur signale encore les psychopathies paludéennes post-oniriques et donne les caractères généraux propres aux psychoses du paludisme.

Peu importe la théorie, savoir si ces phénomènes ont une signification est chose plus importante. Les auteurs qui ont une grosse expérience de la malariathérapie, prétendent que ces états de confusion sont d'un bon pronostic. D'après les quelques cas que nous avons pu observer, nous nous rangeons pleinement à cette idée. Cependant, il convient de se rappeler les aboutissants tardifs, dont parle Porot, que nous citons il y a un instant. Certainement, le paralytique général malarique ne peut être assimilé à un indi-

vidu bien épuisé par la cachexie palustre. Il a toutefois un organisme fragile; nous verrons ultérieurement que ce n'est pas sans raison qu'on peut considérer la maladie de Bayle comme une maladie de l'être tout entier; tout cela pour dire que si ces confusions mentales de la période fébrile peuvent être d'un bon pronostic si elles durent peu de temps (3, 4 jours), il n'est pas impossible d'imaginer qu'elles soient une arme à double tranchant si l'on peut dire. C'est peut-être la raison pour laquelle il existerait un nombre optimum d'accès à réaliser et à ne pas dépasser, ainsi que nous l'avons dit dans un précédent chapitre.

A côté de ce groupe de sujets, chez lesquels la malaria déclenche un état nouveau d'obnubilation avec ou sans délire, ce qui semble d'un bon pronostic, il existe un autre groupe d'individus qui, pendant la période d'hyperthermie, n'ont aucune modification. Ils sont exactement les mêmes qu'à leur arrivée, la mémoire aussi déficiente n'est point bouleversée; l'attention aussi mal soutenue que lors du premier examen n'est pas attirée vers telle ou telle image; pareillement, les éléments de la sphère affective sont aussi affaiblis; bref, le fond mental est inchangé; les absurdités délirantes mégalomaniaques sont toujours aussi tenaces et pendant les accès, ce sont les mêmes mots désespérants de millions, d'empereurs, de rois des rois, qu'on retrouve sur les lèvres des malades. Quelques-uns, mais quelques-uns seulement, qui étaient avant qu'on commence d'instituer le traitement des déments délirants, voient leur délire dispa-

raître vite ou s'atténuer considérablement, sans que, bien entendu, l'altération du fond mental soit modifiée. Ces derniers malades ressemblent fort aux débilés délirants, aux prédisposés délirants, améliorés quant à leur délire, pendant une grippe ou une pneumonie, mais dont les sphères intellectuelle et affective, restent débilés ou dysharmoniques. Donc, voilà une deuxième catégorie de sujets qui s'opposent aux précédents. Les précédents étaient des déments faisant une bouffée confusionnelle. Ceux-ci sont les mêmes ou à peu près, qu'à leur arrivée.

MODIFICATIONS TARDIVES

Nous pouvons aborder maintenant l'étude des modifications psychiques plus tardives. C'est en général un mois, un mois et demi après l'extinction du paludisme, qu'il est possible de se rendre compte si la thérapeutique sera oui ou non bienfaisante. A partir de ce moment-là, et évidemment à chaque examen ultérieur, nous avons à nous poser constamment cette double question : dans quel état est le fond mental de l'individu ? Qu'est devenue sa démence, et d'autre part les états délirants, maniaques, mélancoliques, existent-ils toujours... sont-ils modifiés ?

Modifications des délires et des troubles psychiques autres que la démence :

D'une manière générale, l'amélioration de ces troubles coïncidant avec la thérapeutique est signalée par tous les auteurs. D'emblée, nous tenons à dire que l'étude de l'évolution favorable de ces faits serait

un bien mauvais criterium de la méthode. Personne n'ignore que spontanément ou plus exactement, sous l'influence d'un traitement symptomatique bien conduit, les troubles psychiques contingents de la paralysie générale sont capables de régresser. Par conséquent, il est entendu qu'il ne faut pas se hâter de crier au miracle quand on a transformé la folie agitée, bruyante, tumultueuse d'un malade en folie paisible, innocente; ou quand spectateur, mais spectateur averti, on assiste à cette métamorphose. Nous allons essayer de passer en revue ces divers troubles psychiques.

Les délires d'abord. La grande majorité des malades traités à la clinique neurologique et psychiatrique présentaient, à un degré plus ou moins marqué, des idées délirantes. Il s'agissait le plus souvent de délires des grandeurs, fréquents dans la maladie à ce point que pour les gens du monde, folie des grandeurs et paralysie générale sont synonymes. Plusieurs fois, nous avons pu noter la disparition rapide, la liquidation des idées de mégalomanie. Dans les cas favorables que nous avons pu observer, cette liquidation s'est faite en deux, trois jours. Les malades commencent d'être un peu honteux de leurs projets insensés, de leurs formules hyperboliques. Ils ressemblent à de grands enfants gênés quand on les surprend à jouer un jeu qui n'est plus de leur âge. La foi dans le délire est moins complète, et ils se taisent quand on leur dit qu'on n'est pas dupe. Puis franchement, dans les cas bien heureux, apparaît la critique du délire. Nous pouvons citer l'observation n° 3,

typique de ce point de vue. A l'arrivée, le malade rêvait de constructions insensées, de gratte-ciels plus hauts que ceux d'Amérique. Quelques jours après, le même homme s'excusait de tels enfantillages. Tel autre (observation n° 8) qui inventait un cycle devant lui rapporter des centaines de mille francs abandonne ce projet.

Que dire maintenant des délires mélancoliques ? Nous ne pouvons citer qu'un seul malade (observation n° 11) qui avait vraiment un délire d'auto-accusation. C'est d'ailleurs le plus beau cas de notre statistique. Ce délire d'auto-accusation a subi des hauts et des bas... et en quelques semaines a disparu.

Il est plus difficile de juger si un état maniaque a été influencé oui ou non, car on est dans les délais de l'évolution favorable et spontanée de l'accès. D'ailleurs l'état maniaque pur, non associé au délire, est rare dans la paralysie générale.

Quelques-uns de nos malades étaient en phase d'anxiété durant depuis longtemps, et se débattaient dans des idées de suicide. Chez l'un d'eux (observation n° 16), cet accès anxieux a tourné court trois semaines après l'impaludation.

Analyse du fond mental du paralytique général traité :

Nous arrivons maintenant à la question la plus intéressante. Que les troubles psychiques contingents disparaissent, s'atténuent ou se modifient d'une façon quelconque, cela est très bien ; mais le naufrage cérébral sera-t-il évité ? Que devient donc cette démence paralytique ?

Tous les traités, tous les classiques ont défini la démence comme un état d'affaiblissement irrémédiable des facultés mentales, atteignant, selon les cas, la sphère affective, la sphère intellectuelle; il y a des démences affectives, il y a des démences intellectuelles. Toujours on a voulu mettre en valeur l'attribut d'incurabilité et de progressivité de cet état. Ball et Chambard, dont Gilbert Ballet rappelle la définition dans son traité de psychiatrie, ajoutent même qu'« à côté de cet affaiblissement graduel, inexorable de l'intelligence, on assiste à la ruine généralement plus lente des forces physiques et de la vie de nutrition, en sorte que l'on serait autorisé à regarder la démence comme l'une des faces de la décadence intellectuelle, morale et physique de l'individu ». La psychiatrie moderne a essayé de remanier le cadre nosologique des démences. La question a commencé de se compliquer avec l'étude un peu poussée de la psychologie du dément précoce; mais le concept de la schizophrénie apparaît en somme plus vraiment descriptif qu'explicatif. Il n'est pas illogique d'admettre que l'étiquette de démence convient aux états d'affaiblissements dégénératifs, cicatriciels, post inflammatoires; bien des états démentiels font suite à des phases de confusion. Régis l'a dit depuis longtemps. Et vraiment on est bien obligé de dire que l'on ne sait pas si telle ou telle réponse doit être mise sur le compte de l'obtusion momentanée ou de la ruine psychique. C'est la grande misère de la médecine de l'esprit que d'avoir trop fréquemment recours aux critères évolutifs; on peut s'en consoler, si l'on songe

que la médecine corporelle en arrive souvent là. L'anatomie pathologique nous fait saisir sur le vif que, tandis que la démence sénile est une démence pure, ou à peu près, la paralysie générale est l'œuvre de deux processus : un processus inflammatoire d'une part, constitué par une infiltration lymphocytaire, méningée et corticale, un processus dégénératif, caractérisé par la disparition des neurones corticaux; ce second processus est probablement conditionné par le premier, soit qu'on admette qu'il s'agisse d'un phénomène de phagocytose, soit qu'on pense avec notre Maître que la cytolyse représente un phénomène toxique. En tous cas on peut calquer sur les deux procès les deux états d'altération du fond mental, l'un curable, l'autre définitif. Et l'on entrevoit que l'on sera désarmé devant le dernier, tandis qu'on pourra peut-être arrêter l'évolution du premier.

Si nous nous tournons maintenant vers les faits cliniques, nous voyons que nous pouvons classer nos malades en deux catégories; les uns n'ont pas changé, les autres ont récupéré une partie de leur fond mental. Les premiers sont strictement les mêmes qu'avant leur impaludation; chose curieuse cependant, ils évoluent extrêmement lentement, ou n'évoluent plus du tout. Sont-ils vraiment modifiés, peut-on dire? Non si l'on veut, puisqu'ils demeurent fixés. Oui, d'autre part, puisque leur état n'est plus progressif. En tout cas, leurs facultés sont ou très affaiblies, ou très peu touchées, cela dépend de la précocité du traitement; certains sont, à l'asile, pas plus déments cette année que l'an passé; d'autres ont repris leur place dans la

vie, et l'on ne sache pas qu'ils fassent maintenant plus mauvaise figure que l'année dernière. Mais que vont devenir ces rémissions ? Dureront-elles des années, comme Wagner von Jauregg, ainsi que d'autres auteurs l'ont signalé ? Le temps le dira. Il semble que tant qu'il existe une réaction lymphocytaire dans le liquide céphalo-rachidien, on soit en droit de craindre un jour une nouvelle offensive de la maladie.

Ceux de la seconde catégorie ont récupéré, disons-nous, une partie de leur fond mental. Chez ces malades il nous a été donné d'observer que les éléments de la sphère intellectuelle s'améliorent plus vite que ceux de la sphère affective. L'attention, volontaire cela s'entend, revient dans certains cas; l'individu suit mieux l'interrogatoire; certains concomitants de cette faculté refont leur apparition; et au lieu du visage inerte, peu expressif, on constate que la physionomie du malade est devenue vivante, plus mobile. Pareillement, si l'on a eu la bonne fortune de confier aux paralytiques généraux convalescents un travail, on les voit quelquefois s'arrêter, réfléchir... William James ne disait-il pas que l'attention apparaissait comme la forme primordiale de la volonté. La mémoire, nous ne voulons pas parler que de celle des faits récents, est toujours peu rapide, mais se montre fidèle. Plusieurs fois, nous avons demandé à quelques malades le récit d'histoires qu'ils avaient lues antérieurement. Cette épreuve était exécutée assez correctement, alors qu'avant la thérapeutique les souvenirs étaient plus difficilement évoqués. Les sentiments mnémoniques sont des formes d'organisation trop

hautes de la mémoire pour être bien objectivement étudiés. Les associations d'idées, vues sous la forme du cours général de la pensée, le jugement particulièrement, quand ils sont compromis, ne sont pas susceptibles de redressement bien extraordinaire. Cependant, quelques-uns de nos malades ont fait judicieusement la critique de leur état mental. Mais, quand un paralytique général répond qu'il va mieux et qu'il sent qu'il guérit, il ne faut pas se hâter de conclure que son auto-critique a réapparu : souvent, il fait tout bonnement allusion à sa maladie malaria et non à sa maladie mentale.

Les éléments de la sphère affective ont presque toujours été moins améliorés que les précédents. Cela peut se comprendre si l'on admet que la vie sensitive a des racines plus profondes que la vie intellectuelle. Pour ne parler que du ton affectif, l'euphorie, l'approbativité, l'irritabilité, sont infiniment moins changées que la mémoire ou l'attention. Certaines manifestations de la vie instinctive, la vie sexuelle en particulier, restent aussi affaiblies, exaltées, ou perverses. Toutefois, on ne saurait trop pousser l'analyse et trop séparer les deux vies intellectuelles et affectives qui s'influencent réciproquement, comme l'ont montré certains psychologues, en particulier Ribot.

En somme, on peut dire que le malade auquel le traitement a réussi est fixé au stade dementiel auquel il a été pris, avec extinction des phénomènes de confusion (pseudo-démence) et de délire. Il s'agit d'une guérison plus sociale que psychologique, une guérison pratique, dit Claude qui, dans de fréquentes pu-

blications, a bien étudié l'état du paralytique général malariathérapé.

On voit d'ailleurs toutes les critiques que ces mots peuvent susciter. Il vaudrait peut-être mieux ne pas discuter sur les théories et voir tout simplement quelques faits : tel individu qui n'était plus capable de travail, fait vivre actuellement ses enfants; voici un homme qui compromettrait sa situation par des projets de construction insensée, et qui maintenant refait son métier de commerçant. C'est tout de même une chance inespérée que de guérir d'une paralysie générale, même si la mémoire est un peu moins bonne qu'autrefois, si l'attention est un peu moins soutenue, si le caractère a par moments des allures enfantines! Il serait intéressant d'étudier la fixation, puis le rendement des malades appartenant aux classes intellectuelles. Une seule observation de cet ordre nous éclairerait pour la compréhension de la psychologie du malade, infiniment mieux que toutes celles que nous publions. On a signalé que des ingénieurs avaient pu reprendre leurs occupations et leurs responsabilités. Nos malades appartenant à la clientèle habituelle de l'hôpital ou de l'asile sont pour la plupart de petites gens, souvent peu instruits, et à ce propos, on pourrait peut-être répéter ces mots de Laignel Lavastine : « La diminution du rendement est moins grande qu'on pourrait le croire, tant il est vrai que la majorité des activités sociales ne nécessite qu'un fonctionnement compatible avec un certain degré de méiopragie cérébrale. »

Il nous reste, dans ce chapitre des modifications psychiques, à dire quelques mots concernant les mé-

tamorphoses (Gerstmann) de la démence paralytique en démence paranoïde, et des paralysies générales associées au tabès.

Depuis assez longtemps, on avait décrit dans les rémissions spontanées de la paralysie générale l'allure plus ou moins paranoïde que prenaient les malades. Il convient tout d'abord de délimiter le terme de démence paranoïde. Kraepelin, dans son introduction à la psychiatrie clinique, dit au chapitre « démence paranoïde » : « Les faits de cet ordre sont d'une extrême fréquence, et comme on n'envisage en général que le délire, on les rattache à la paranoïa. Mais il semble que la véritable notion qui doit servir de pierre de touche à l'affection, réside dans l'affaiblissement mental particulier du sujet, identique pour le cas actuel à celui de dément précoce. N'avons-nous pas vu combien fréquemment les réactions sont éteintes au cours de cette maladie ? Ne connaissons-nous pas la perte de l'activité intellectuelle, le négativisme, les modifications de l'allure générale, ainsi que cette préciosité dans le langage ? De plus, nous observons dans cette affection des hallucinations auditives des plus nettes, et surtout, nous enregistrons l'idée délirante qui veut que le corps soit soumis à certaines influences; plusieurs traits importants viennent différencier ce cas de la paranoïa. Les manifestations délirantes sont franchement absurdes et ne relèvent pas d'un travail cérébral... Le délire s'installe sous forme d'idées subites, extravagantes, incohérentes, souvent régies par diverses hallucinations sensorielles ». Telle est donc la compréhension

de ce syndrome pour le grand aliéniste de Munich, et l'on sait la place immense qu'il a faite à la démence précoce lorsqu'il a remanié les cadres nosologiques de la psychiatrie. Quelle que soit la place que l'on assigne à cet ensemble symptomatique dans les cadres descriptifs de la médecine mentale, il existe un certain nombre de sujets présentant des idées délirantes à teinte de persécution, évoluant sur un état d'affaiblissement des facultés et s'accompagnant d'hallucinations auditives. Le professeur Obregia, dans la discussion qui a suivi la communication de Vermeylen au Congrès de Genève, a rappelé les descriptions qu'il a données en 1909 (*Le paranoïsme métaparalytique. Revue des Sciences médicales*, n° 11, Bucarest, 1909) concernant les individus qui, jadis expansifs grandomanes, deviennent au contraire mécontents, soupçonneux. Obregia compare cette phase paranoïde avec hallucination de l'ouïe à une espèce de réaction de réparation, car elle arrive après un commencement de rémission. Mlle Suzanne Serin a étudié dans sa thèse de 1926 ces formes paranoïdes de la paralysie générale. L'auteur mentionne la variabilité de l'origine du délire des formes paranoïdes de la paralysie générale. La démence paralytique peut venir désagréger un délire préexistant. L'atténuation du processus d'encéphalite peut pour l'auteur, mettre en évidence un délire incohérent de la période de début ou un syndrome post-onirique. Rien ne démontrerait le rôle direct que joue le processus méningo-encéphalitique, dans la transformation de la démence paralytique en démence para-

noïde que les Allemands ont étudiée et qu'ils ont mise sur le compte de la malariathérapie. Gerstmann, en effet, dans son beau livre (*Die Malariabehandlung der Progressiven Paralyse*) a décrit ces métamorphoses. Elles apparaîtraient d'une manière subite, et cesseraient de même. Ces phénomènes s'installeraient plus volontiers avec de fortes doses de néosalvarsan. Les illusions auditives ou les hallucinations vraies consisteraient en sons de cloches, bruits de sifflets, voix nettes et hautes, voix chuchottées. Ces troubles psycho-sensoriels seraient plus ou moins stéréotypés. On a signalé encore des idées d'influence..., etc... Certains auteurs ont pu, sur des autopsies de malades arrivés à ce stade, voir une localisation élective de la méningo-encéphalite au niveau des lobes temporaux, ce qui expliquerait les hallucinations auditives des formes paranoïdes. A plusieurs reprises, nous avons recherché à mettre en évidence ces états paranoïdes; nous ne pouvons pas trouver de cas vraiment nets de ce point de vue. Nous n'avons qu'une seule observation où le malade a eu des hallucinations auditives, avec vagues idées de persécution, mais ce sujet avait déjà ces troubles psycho-sensoriels avant l'impaludation (observation n° 11).

On a encore étudié ces dernières années les syndromes catatoniques faisant suite à l'inoculation du paludisme. Les observations que nous publions, que nous permettent-elles de dire ? Nous n'avons aucun cas où il a été possible de voir apparaître à la suite du traitement un syndrome catatonique. Bien plus nous n'avons jamais constaté l'allure schizophréni-

que chez nos paralytiques généraux malariathérapés. Il nous semble que si l'on admet très facilement le diagnostic de discordance de dissociation psychique, on peut arriver à trouver l'état dissocié dans toutes les démences. En France, où la schizophrénie ne s'est pas montrée envahissante comme dans les pays de langue allemande, on a une certaine exigence pour porter le diagnostic de folie discordante assez spéciale à la démence précoce. Oui, nous avons vu des sujets faisant bonne apparence un jour, redevenir vraiment aliénés le lendemain; si l'on veut, on peut dire qu'ils étaient discordants. Mais vraiment, cette dissociation psychique telle que les malades ont pour ainsi dire tout le temps des réactions non adéquates aux perceptions, dissociation qui est le symptôme propre de la démence précoce, nous ne l'avons jamais observée dans les cas que nous plaçons comme rémissions et améliorations.

Il nous reste, pour terminer cette étude générale des modifications psychiques qu'apporte la malaria-thérapie, à dire quelques mots des paralysies générales associées au tabès. Quelques auteurs ont prétendu que ces formes étaient plus favorablement influencées que les autres. Là encore, rien ne nous permet de souscrire à cette opinion. Il faut se rappeler, pensons-nous, plusieurs choses; d'abord il existe le fait que certains médecins portent le diagnostic de tabès sur la seule constatation de signes pupillaires coïncidant avec l'abolition des réflexes achilléens. Or, il peut arriver que l'abolition des achilléens ne soit pas constatée chez le malade de suite après son entrée.

Si l'on constate ce signe plus tard, qui sait s'il n'est pas sous la dépendance de la thérapeutique arsenicale que l'on a pu faire subir au malade ? Sicard avait attiré l'attention sur cette cause d'erreur. A supposer même que le tabès soit dûment vérifié, ne sait-on pas qu'il existe chez les tabétiques des troubles mentaux passagers ? Cette question a suscité maintes et maintes discussions; les uns disant que les troubles en question sont épisodiques; les autres identifiant ces phénomènes à ceux de la paralysie générale. Par conséquent, on pourrait discuter à perte de vue et en attendant le jour où l'anatomie pathologique apportera sa preuve irréfutable, mieux vaut peut-être considérer cette dernière question comme assez peu digne d'intérêt.

CHAPITRE IV

Modifications du syndrome ataxo-parétique de l'état de quelques grands appareils et du syndrome humoral

Il est vraiment difficile d'étudier les modifications du syndrome ataxo-parétique. Certaines améliorations sont sous la dépendance d'une heureuse transformation psychique. Ce qui est certain en revanche, c'est la diminution des accidents congestifs après la malariathérapie.

Si l'état de quelques grands appareils doit être particulièrement surveillé pendant l'impaludation, la méthode donne souvent « un merveilleux redressement de l'état général » (Wagner von Jauregg).

Les signes humoraux arrivent à la négativation quelquefois; en tous cas, le traitement amène une diminution de l'hyperlymphocytose, de l'hyperalbuminose céphalo-rachidienne, ainsi que de l'intensité de la réaction de Bordet-Wassermann. Cette amélioration ne concorde nullement avec les améliorations psychiques.

MODIFICATION DU SYNDROME ATAXO-PARÉTIQUE

On pourrait croire au premier abord qu'il est plus aisé d'étudier les variations du syndrome ataxo-parétique que celles du syndrome psychiatrique. C'est une erreur de croire que les signes tirés de l'examen somatique du système nerveux sont plus objectifs que les renseignements fournis par un interrogatoire bien conduit par l'étude du comportement du malade à l'hôpital ou à l'asile. S'il est extrêmement simple de vérifier que le signe d'Argyll Robertson est toujours positif après la thérapeutique, on peut rencontrer une foule de difficultés, de causes d'erreurs, et d'auto-suggestion, quand on veut savoir ce que sont devenus les spasmes, les tics, les troubles de la parole, ou le tremblement. Seules, la cinématographie et l'inscription graphique apporteraient des documents objectifs, et cependant elles ne distingueraient pas les troubles physiogènes des troubles psychogènes. Cela dit, pour signaler la fragilité des recherches de cet ordre, qui sont plutôt des impressions que des comparaisons méthodiques.

Les modifications qu'apporterait la thérapeutique au tremblement nous apparaissent comme très peu marquées. Scripture a signalé des cas favorables. Nous n'avons employé, il est vrai, que l'appréciation grossière du tremblement. L'observation de nos malades nous permet de conclure que ceux qui tremblaient avant le traitement, tremblent presque tout autant après. Il faut se garder de confondre le tremblement du paralytique, du tremblement qu'occasion-

neraient les excès alcooliques, fréquents au début de la maladie, ce dernier tremblement ayant des caractères assez spéciaux. D'autre part, nous notons que ceux qui ne tremblent pas du tout après la thérapeutique, en toute sincérité n'avaient jamais tremblé.

Les troubles de la parole et de l'écriture sont plus intéressants. Incontestablement, quatre malades sont vraiment améliorés du point de vue de l'élocution. Ils sont loin de parler comme des individus normaux, mais ils sont en progrès. Si l'on étudie attentivement leur dyslalie, il semble que leur débit plus lent témoigne d'un effort de concentration plus grand que jadis, et ce fait cadre assez bien avec la conception particulière de la dysarthrie paralytique de notre Maître le Professeur Froment. Prugnial dans sa thèse signale les améliorations fréquentes des troubles calligraphiques. Pour cet auteur, il s'agirait d'un test excellent.

Certains tics ont disparu, d'autres demeurent aussi tenaces. Les tics très simples qui se rapprochent des spasmes, ou qui se confondent avec les spasmes sont plus tenaces; ceux chez lesquels l'élément psychogène tient plus de place, nous semblent disparaître plus vite.

L'inégalité pupillaire avec ou sans dissociation des réflexes photo-moteurs et accommodateurs est de même un stigmate indélébile de la nature syphilitique de la paralysie générale. Ce signe n'est pas susceptible de se modifier.

Que dire maintenant de l'état des réflexes ? Ceux qui sont abolis parce que le malade a présenté jadis

ou peut-être en même temps que sa méningo-encéphalite, une radiculite syphilitique associée ou non au tabès, restent toujours abolis, et c'est là d'ailleurs un dogme en neurologie. D'un autre côté, et nous l'avons dit dans un précédent chapitre, cette étude des réflexes comporte une cause d'erreurs, à savoir l'abolition des achilléens qui peut survenir au cours du traitement arsenical.

Il est extrêmement difficile de se rendre compte de la diminution, si diminution il y a, des troubles sensitifs et sensoriels. Si les malades avaient eu des troubles olfactifs (hallucinations, illusions), signes que Voisin donnait pour précoces dès 1879, on pourrait voir si les hallucinations olfactives par exemple se rencontrent aussi souvent après le traitement qu'avant. Ces troubles psycho-sensoriels n'ont jamais été mentionnés chez nos malades.

On voit donc, ainsi que nous le disions il y a un instant, que ce syndrome ataxo-parétique semble même dans les cas très favorables, peu modifié. Il en est pour lui, comme pour la démence probablement, certaines modifications somatiques étant à n'en pas douter, comme des témoins à charge du processus cicatriciel. Mais si maintenant nous essayons d'envisager le syndrome ataxo-parétique non plus dans sa fixité, mais dans son évolution, si on essaye de voir ce que deviennent ces signes dans le temps, on a alors une impression favorable. La persistance ou la rareté des bouffées congestives et des ictus vont nous renseigner. Nous pouvons affirmer que même dans les plus mauvais cas, ces troubles vaso-moteurs

ont pour ainsi dire disparu, et cette affirmation vaut pour les deux catégories de malades, ceux de l'hôpital, ceux de l'asile. A l'Asile, c'est la chose qui a le plus frappé un des Infirmiers-chefs qui observe bien ses malades. Depuis l'institution de la malariathérapie, l'ictus souvent si funeste a disparu ou à peu près; il est entendu que nous faisons allusion à l'ictus qui surviendrait dans les semaines ou dans les mois après le traitement et non de l'ictus de la période des accès fébriles. Les vertiges des bouffées congestives se sont, eux aussi, raréfiés. Cela nous paraît un fait très solide et très objectif pour établir que la maladie perd de son caractère évolutif.

ÉTAT DES GRANDS APPAREILS

Dans la deuxième partie de cette étude, nous ne voulons pas insister sur l'état physique du malade pendant la pyrétothérapie. Le malade est un paludéen, un paludéen un peu plus fragile que tant d'autres et voilà tout. Rappelons cependant ce qui a été dit plus haut, concernant l'ictère qui vient priver le malade du stovarsol; rappelons encore la fréquence relative des œdèmes, remarque si judicieuse de Trénel, œdème malléolaire particulièrement qui retient le malade au lit et l'assujettit à un régime moins reconstituant.

Beaucoup plus intéressante est l'étude de l'état physique du malade, quelques temps après le traitement. Wagner von Jauregg a parlé « du merveilleux redressement de l'état général ». Bien des auteurs l'ont signalé par la suite. L'histoire d'un de nos ma-

lades est assez édifiante de ce point de vue (observation 24); il s'agissait d'un homme en traitement dans un service de médecine pour une affection viscérale que l'on présumait syphilitique. L'état général était si mauvais que quand le malade passa à l'isolement neurologique de l'Hôtel-Dieu, pour des troubles mentaux, le service de qui dépendait le malade s'attendait à un dénouement rapide. Mais les troubles mentaux persistaient malgré la déchéance physique de plus en plus marquée, si bien que le certificat d'internement fut signé. A l'Asile de Bron, on différa tout de même un peu l'impaludation, l'état physique si médiocre se relevait... mais si doucement! Le sujet fut impaludé tout de même; pendant la période fébrile, on crut plus d'une fois qu'il allait passer de vie à trépas. Rapidement après, en quelques jours, il commença d'engraisser et actuellement sa santé corporelle est splendide; il est méconnaissable. Nous avons, comme on pourra le voir, d'autres exemples, mais moins probants. Il faut se garder, là comme ailleurs, d'un enthousiasme exagéré qui causerait du tort à la méthode, et se demander s'il n'existe pas des raisons indépendantes du paludisme lui-même qui pourraient expliquer l'heureuse transformation de l'état physique.

N'oublions pas que le paralytique général, qui sort de ces accès de fièvre, est fréquemment l'objet de soins particuliers; c'est, à l'heure actuelle, un peu l'enfant gâté du psychiatre, qui a des faiblesses pour ce malade profondément secoué par le traitement. Avec quelle libéralité on lui donne des fortifiants...,

du sérum..., etc... ! Par ailleurs, on commence le traitement arsenical qui a une valeur tonique indiscutable. La femme du malade, qui par la suite, quand on lui demandera son aide patiente, soutenue, se détachera si bien de son mari a, sur le moment, un débordement de petits soins, elle lui apporte une foule de douceurs; on peut bien penser qu'à ce régime souvent tout autre engraisserait.

Une autre cause intervient certainement : nous avons insisté précédemment sur l'extinction des idées délirantes; le malade est moins agité, moins préoccupé, sa vie commence d'être infiniment plus réglée, plus hygiénique. Moins émotionné par la révolution, ou par toute autre chimère, l'individu se tourne plus volontiers vers les satisfactions digestives. Et cela est certainement pour une part dans son redressement physique. Cependant, nous tenons à signaler quelques améliorations directement sous la dépendance du paludisme expérimental; c'est ainsi que deux malades ont cicatrisé très peu de temps après le traitement de très vastes écharres (observations 29 et 45).

Enfin, étant donné que l'évolution de la maladie neurologique se ralentit ou s'arrête, comme en témoignent les modifications psychiques et humorales, on peut bien penser que cet arrêt a, en lui-même, une répercussion favorable sur la santé générale de l'individu. Dans tous les articles concernant la paralysie générale, on accorde une place importante à l'état pulmonaire, hépatique, etc... Et c'est une judicieuse habitude. Si l'on songe que cette affection est la plus rapide de toutes les démences on comprend que bien

vite on doit assister à l'écroulement de l'être physique; c'est eu égard à cette considération que l'appellation paralysie générale progressive apparaît comme vraiment bonne.

L'état du foie sur lequel Tissot a appelé l'attention dans sa thèse de 1903, état qui lui a semblé important puisqu'il a dit que le malade est un hépatique silencieux, est une chose avec laquelle il convient de compter dans l'établissement du pronostic. Les ictères de la période de début durent quelquefois, et outre les désavantages dont nous parlions il y a un instant, ils sont, en eux-mêmes, une source d'inconvénients; là, évidemment, est un des points faibles de la malariathérapie. Les autres troubles digestifs sont plutôt moins marqués après la thérapeutique; ils le sont d'autant moins que l'état délirant ou l'état d'excitation cérébrale a tendance à diminuer davantage; le malade est moins glouton.

Il est un autre appareil encore qu'il importe de bien surveiller : c'est l'appareil pulmonaire. La tuberculose vient souvent hâter le dénouement; le paludisme expérimental est quelquefois responsable des réveils d'infections anciennes; nous en avons parlé au chapitre des contre-indications. En revanche, les malades qui n'ont pas de passé tuberculeux apparent, semblent, même ceux qui n'ont pas la plus petite amélioration mentale, résister mieux au bacille de Koch qui fait encore beaucoup de ravages dans les asiles. Pareillement, les affections pulmonaires, autres que celles dépendant de la tuberculose, deviennent plus rares. Il est facile de comprendre qu'en phase

de rémissions psychiques les malades succombent moins souvent aux broncho-pneumonies de déglutition par exemple, qui sont les accidents de la période terminale.

De même, devenu plus tranquille, le malade commet moins d'imprudences, s'expose moins aux intempéries du temps. Mais peut-être existe-t-il une raison toute différente et qui pourrait expliquer la fréquence moins grande de ces affections pulmonaires ? Il n'est pas impossible que la syphilis tienne sous sa propre dépendance les poussées de broncho-alvéolites par exemple, et qui sait si la malariathérapie et le stovarsol ne touchent pas, pour les améliorer, ces poumons syphilitiques ?

Les troubles de l'appareil urinaire (albuminurie, rétention chlorurée), ne subissent pas eu une régression, au contraire, l'albuminurie, les œdèmes, font souvent leur apparition après la période thermique et persistent assez fréquemment pendant plusieurs semaines. On peut, à ce propos, faire la même réflexion que pour les ictères. Il est difficile de savoir ce qu'est devenue la génitalité des malades.

MODIFICATIONS DU SYNDROME HUMORAL

En même temps qu'ils ont publié leurs statistiques, les auteurs ont tenu à faire connaître les résultats des examens de laboratoire pratiqués avant et après le traitement. L'idée qu'un changement heureux dans cet ordre de faits pouvait apparaître, a été le souci de donner un caractère objectif aux modifications psychiques que les neurologistes signalaient; nous

verrons ultérieurement la portée pratique assez restreinte de ces études. On peut étudier de très nombreuses variations humorales chez le paralytique général malariathérapé. Certains auteurs étrangers ont recherché ce que devenait telle ou telle réaction compliquée. Pratiquement, dans notre pays, on se contente de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, du taux de l'albumine et de la réaction de Bordet-Wassermann dans cette humeur, et si nous exigeons peu d'examens humoraux, tout au moins leur accordons-nous une valeur diagnostique considérable. Si ces trois recherches ne sont pas toutes positives, on doit rejeter l'hypothèse de paralysie générale. D'autres réactions, benjoin colloïdal... si intéressantes qu'elles soient cèdent le pas aux trois précédentes.

Les premières publications concernant la méthode de Wagner von Jauregg ont, à plusieurs reprises, signalé l'immuabilité des signes céphalo-rachidiens. C'est qu'on jugeait avec un recul insuffisant, et l'expérience portait sur un nombre trop restreint de malades. Par exemple, Bandettini di Poggio en 1925, Grossmann la même année, notaient la fixité des signes humoraux. Ultérieurement cependant, on s'aperçut que la ponction lombaire refaite après l'impaludation donnait des renseignements souvent bien différents de ceux qu'elle fournissait au premier examen. Actuellement, à la suite des publications de Claude, Targowla et Lamarche, Sézary et Barbé, Paulian, Dimitrescu, Fortunesco, Untersteiner, Vallejo Najera, etc... on signale de tous côtés que le liquide céphalo-rachidien se modifie.

Il est entendu que nous ne ferons aucune allusion dans notre statistique aux recherches compliquées, moins courantes, comme l'hyperglobulinoïse, l'intensité de la floculation, les réactions colloïdales, les réactions de Pandy, Nonne-Appelt, Weichbrodt... Pisani au 17^e Congrès de la Société Fréniairique Italienne a publié, avec beaucoup de clarté, le résultat de ses observations, résultat visant les recherches simples et capitales, comme les moins usitées. L'opinion de Pisani se résume essentiellement dans les propositions suivantes : sous l'influence de la thérapeutique on observe une diminution de la lymphocytose céphalo-rachidienne, de l'albuminoïse, de l'hyper-globulinoïse, une diminution de l'intensité de la floculation et des réactions colloïdales; la réaction de Bordet-Wassermann devient partiellement positive et même négative. Bien des auteurs encore ont publié dans ce sens. L'observation des malades confiés à la clinique neurologique et à la clinique psychiatrique de Lyon, tout au moins en ce qui concerne les réactions courantes, établit une amélioration indiscutable de ces signes humoraux.

La lymphocytose céphalo-rachidienne subit de grosses variations; il n'est pas rare de la voir passer du nombre 25 à 30 aux chiffres 3, 4. Dans un de nos cas, le malade, qui présentait 300 lymphocytes par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien, passa au chiffre infime de 1 lymphocyte en l'espace d'un an. Généralement, ce n'est pas immédiatement après le paludisme qu'on constate une diminution vraiment sensible de cette lymphocytose; si l'on a la patience

d'attendre quelques mois, ce résultat de la ponction lombaire devient franchement meilleur.

On peut en dire autant de l'hyperalbuminose qui diminue elle aussi considérablement : elle passe, par exemple, de 1 gr. 50 à 0 gr. 40; elle semble assez nettement liée à la teneur en éléments blancs du liquide céphalo-rachidien; elle suit une baisse assez parallèle à la baisse lymphocytaire et à peu près dans le même laps de temps.

Quant à la réaction de Bordet-Wassermann, elle est difficile à négativer. Cette éventualité arrive cependant; dans quelques-uns de nos cas, elle devient légèrement positive. On a, par exemple, une baisse lymphocytaire considérable et une déviation du complément toujours très positive. Quelques mois après, cette dernière donnée sérologique n'est plus que légèrement positive. Ce n'est pas chose très fréquente, nous le répétons, que de la voir devenir totalement négative. Un de nos malades toutefois (observation 16) eut une amélioration extrêmement rapide de tous les signes humoraux en l'espace de très peu de temps. Dattner a fait à la clinique de Wagner von Jauregg, en 1924, la statistique des modifications humorales; non seulement cet auteur a examiné le liquide céphalo-rachidien, mais encore il a fait systématiquement la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang de ses malades. Le Bordet-Wassermann du sang est plus difficile à négativer que celui du liquide céphalo-rachidien.

Nous nous garderons d'essayer de dire pourquoi les paralytiques généraux malariathérapés et soumis

aux arsenicaux pentavalents voient leurs humeurs subir d'heureuses métamorphoses. Il semble qu'à chaque poussée évolutive il s'opère une décharge lymphocytaire dans les espaces sous-arachnoïdiens. Et, par ailleurs, c'est un fait cité par les anciens auteurs que les vieux déments paralytiques d'asile, que l'on maintient par quelques précautions à l'abri des bouffées congestives, n'aient plus une réaction méningée aussi intense qu'à leur arrivée. Mais dans nos cas, où tout de même ces modifications sérologiques se sont assez vite faites, il est impossible de ne pas reconnaître qu'elles sont sous la dépendance de la thérapeutique.

EXISTE-T-IL UNE CORRÉLATION ENTRE LES AMÉLIORATIONS DES TROIS SYNDROMES ?

Ces modifications marchent-elles toutes de pair vers d'heureuses transformations dans les cas favorables, et dans les cas moins heureux sont-elles toutes inchangées ? Ou bien, l'une d'elles, par exemple, reste-t-elle désespérément chronique, tandis que d'autres sont stabilisées ou même s'acheminent vers une certaine rétrocession ? On peut imaginer toutes les combinaisons ; mais surtout, les auteurs ont étudié l'existence ou la non existence d'un parallélisme entre les modifications mentales et les signes humoraux, question qui, disons-le par anticipation, a presque toujours été résolue par la négative.

On peut d'abord chercher à savoir si les fixations, les guérisons pratiques s'accompagnent d'une stabilisation, voire d'une amélioration, visant l'état des

principaux viscères, ainsi que les signes somatiques du système nerveux. En même temps on peut essayer de se rendre compte si le mauvais état général, la persistance toujours aussi marquée des signes ataxoparétiques sont des concomitants d'un état psychique non modifié. Déjà, précédemment, nous avons voulu montrer la difficulté de ces appréciations. Depuis longtemps, une chose est acquise, et que les auteurs anciens avaient nettement signalée: la reprise de poids, l'engraissement du malade ne préjugent en rien d'une espérance de rémission spontanée; et on les voyait d'un œil défavorable, ces malades, qui « s'installent confortablement dans leur démence »; pareillement peut-on raisonner pour les rémissions que donne le paludisme expérimental. Nous avons une proportion assez élevée d'individus dont l'état physique est excellent, mais dont l'état mental est inchangé. Evidemment, cette comparaison n'est plus valable et n'a d'ailleurs pas de raison d'être quand le paralytique s'achemine vers la déchéance totale; arrivé qu'il est au terme de la course, sa fragilité de tous points de vue est extrême. En revanche, on pourra trouver des observations concernant des malades en voie d'amélioration mentale ou déjà sur le chemin de la guérison, garder un état physique pas spécialement bon. Cependant, il nous semble, mais nous avançons cette impression avec une extrême prudence, parce que nous n'avons pas d'arguments suffisamment solides pour l'étayer, que ceux dont l'état pulmonaire est défavorable (fonctionnellement et objectivement) ont moins de chance d'arriver à ce

stade de fixation tant désiré. Pourquoi ? est-ce tout simplement parce que des lésions tuberculeuses ou banales donnent un coup de fouet à l'affection ? est-ce que la syphilis pulmonaire marche de pair avec la syphilis des centres nerveux ? Vraiment il est difficile de conclure.

Les signes somatiques tirés de l'examen du système nerveux peut-être vont-ils nous renseigner ? En réalité, on conçoit qu'ils apparaissent souvent comme définitifs, témoins des processus cicatriciels (signes d'Argyll Robertson par exemple) quand ils ne s'intriquent pas avec les phénomènes mentaux (dyslalie). Nous répéterons ce que nous avons dit il y a un instant concernant les ictus, les bouffées congestives, les paralysies transitoires. En somme, pratiquement, on doit reconnaître qu'il n'existe aucune corrélation entre les modifications mentales et les signes somatiques, ces signes devant être appréciés dans le temps et non d'une façon actuelle.

Quant aux critères que pourrait fournir la ponction lombaire on peut dire que l'on trouve dans la littérature une foule de noms d'auteurs qui ont établi, depuis déjà longtemps, l'absence totale de parallélisme entre les modifications psychiques et humorales. Bandettini di Poggio, Benedek Ladislas, Ley, Claude Targowla et Lamarche, Courbon et Fail, Grossmann, Sézary et Barbé, Untersteiner, Vallejo Najera, etc... ont signalé ce fait. De même nous aurons l'occasion de citer la négativation du Wassermann, ou son atténuation, l'absence de réaction lymphocytaire chez des individus complètement déments, inchangés. Là en-

core, la lymphocytose particulièrement semble témoigner de la puissance d'évolutivité de la maladie et non de l'état actuel de cette maladie. Ces faits doivent être pris sérieusement en considération, notamment dans les cas d'expertise médico-légale.

CHAPITRE V

Modes d'action

On peut considérer la malariathérapie comme un traitement de la paralysie générale, traitement que consolident les agents antisypilitiques, le stovarsol notamment.

Nombreuses sont les théories qui ont la prétention d'expliquer le mécanisme des guérisons. Leur nombre témoigne de leur insuffisance en l'état actuel des choses, soit qu'on admette l'antagonisme entre le paludisme et la syphilis, soit qu'on pense que l'hyperthermie constitue le facteur principal, soit qu'enfin on se rattache à l'idée de l'exaltation des défenses de l'organisme. (Leucocytose, modification de la perméabilité des méninges).

Est-ce que la malariathérapie fait revenir le paralytique général au stade de syphilis tertiaire? Des étrangers signalent des faits en faveur de cette hypothèse.

En tout cas la clinique montre que les troubles intellectuels guérissent mieux que les troubles affectifs.

L'anatomie pathologique ne fait entrevoir que des horizons bien bornés concernant le mode d'action.

Comment ce traitement agit-il ? N'est-elle pas prématurée, cette question ? Mais comme elle vient tout naturellement à l'esprit ! Cependant elle a une portée pratique considérable. Et tout d'abord, il faut se rendre compte qu'elle n'est pas univoque. Dans une première partie de cette étude, nous essayerons de répondre à cette objection : est-ce la malaria, le stovarsol ou les deux choses à la fois qui agissent ? Dans la deuxième partie de cet aperçu pathogénique, nous dirons les principales hypothèses que l'on peut faire pour expliquer le mode d'action du traitement de Wagner von Jauregg.

Oui, elle est grosse de conséquences immédiates, cette question. Si l'on établissait, en effet, que l'action bienfaisante ressortit avant tout au stovarsol, à quoi servirait cette organisation compliquée que nécessite la mise en train du paludisme expérimental, et surtout quelle serait la signification de cette pyrétothérapie qui fait courir certains risques aux malades ? Le paludisme expérimental depuis ces dernières années, on a appris à le doser. Connaissant actuellement assez bien les contre-indications, les moments où il est prudent de différer l'inoculation, ayant en un mot une meilleure technique, qu'il y a quelques années, on doit diminuer très sensiblement la léthalité. Tout de même, la thérapeutique est loin d'être anodine. Le

stovarsol en revanche est facile à manier; très aisément, peut-on appliquer ce traitement à un grand nombre de paralytiques, puisque le produit s'injecte dans les muscles; puisque, d'autre part, les inconvénients comme l'érythème, par exemple, sont de simples incidents. Et elle a fait ses preuves cette médication; les statistiques de Bériel et Devic, Sézary et Barbé, etc., sont là pour en faire foi. Durant ces dernières années, il a été établi d'une façon incontestée que certains arsenicaux avaient une action si nette dans la méningo-encéphalite syphilitique progressive qu'on n'a vraiment pas le droit de priver le malade d'un remède efficace. Il s'en suit qu'on ne peut expérimenter n'ayant pour preuves démonstratives que celles que le hasard aura fournies. Les raisons que l'on peut invoquer pour dire que le paludisme agit nous paraissent être les suivantes: on peut, en premier lieu, donner un argument de probabilité en disant que la malaria donne quelquefois dès les premiers jours, comme nous l'avons vu, des phénomènes psychiques immédiats; isolée puisqu'au début du traitement, il n'est pas question d'arsenicaux, elle a une action mentale. Un autre argument de probabilité sera donné par ce fait que dans des pays autres que la France, on applique, après l'impaludation, la thérapeutique par le néosalvarsan en injections intraveineuses et à doses fortes. Or, dans ces conditions, le néosalvarsan seul n'a pas pour tout le monde une réputation excellente; on l'a même rendu responsable des bouffées congestives, épisodes délirants avec agitation psychomotrice. Donc, il faudrait admettre que c'est l'asso-

ciation malaria néosalvarsan qui serait susceptible de donner les heureuses transformations. Récemment encore, Wagner von Jauregg dit que pour obtenir les meilleurs résultats il faut faire un traitement spécifique intensif post malarique; et de ce point de vue le néosalvarsan semble le meilleur agent. Dans le même ordre d'idées, rappelons que bien des auteurs ont adopté comme anti-syphilitique le bismuth. Par conséquent, un médicament (et non pas tel médicament) et le paludisme se prêtent un mutuel concours dans la lutte contre le processus méningo-encéphalitique. Le troisième argument que nous fournissons, et celui-là n'a pas qu'une valeur de probabilité, consiste à faire remarquer que quelques malades de certains auteurs n'ont eu que l'injection de sang malarique, et cependant ces malades ont été améliorés. On peut, par exemple, citer Donaggio qui a observé des rémissions avec le traitement malarique isolé. De notre côté, nous pouvons apporter une contribution, assez faible il est vrai, à l'appui de cette idée; dans quelques rares de nos cas les injections de stovarsol, par suite de négligences dont la famille du malade est seule responsable ont été suspendues, plus ou moins arrêtées, etc...

Donc, ce traitement est conjugué au même titre que beaucoup d'autres. Persuadé que nous sommes, que le paludisme constitue en lui-même un levier thérapeutique puissant, nous pouvons bien penser que cette discussion du stovarsol ou de la malaria, lequel est vraiment efficace? à peu de sens pragmatique. Et dans le même ordre d'idées, que dirait le malade at-

teint d'une affection médico-chirurgicale auquel on offrirait le dilemme : le couteau ou les médicaments ?

Quand dans une vue géniale Rollet décrivit le chancre mixte on pouvait le plaisanter, ce chancre hybride, en l'appelant mulot; Bard défendit ce mulot en disant qu'il avait fait le tour du monde. Il n'est pas ridicule de penser que les maladies se combinent peut-être plus souvent qu'elles ne s'additionnent et le désarroi commence d'apparaître dans l'esprit du médecin en face d'une de ces combinaisons trop enclin qu'il est à tout rapporter à la même cause. Si maintenant, on essaye de grouper les explications proposées pour expliquer le mode d'action du paludisme expérimental, on peut, nous semble-t-il, dresser les cadres suivants : théorie de l'antagonisme entre le paludisme et la syphilis, théorie de l'hyperthermie, théorie de l'exaltation des défenses de l'organisme.

ANTAGONISME ENTRE LA SYPHILIS ET LE PALUDISME

L'idée qu'il peut y avoir un certain antagonisme entre le paludisme et la syphilis vient tout naturellement à l'esprit si l'on se prend à réfléchir que la paralysie générale est très rare chez les Nègres et les Arabes, victimes si fréquemment par ailleurs de l'hématozoaire de Laveran. Mais, à la réflexion plus profonde, cette idée perd de sa force devant d'excellents arguments. En effet, quand les Danois Essmarch et Jessen démontrèrent la nature syphilitique de la paralysie générale, des auteurs, sans s'élever contre une si

belle découverte, vinrent dire que la syphilis n'était pas tout dans l'étiologie de la méningo-encéphalite.

Il est regrettable, cependant, de constater que Charcot repoussa toujours l'idée d'Essmarch et de Jessen. Et souvent, on a voulu accorder une certaine place à l'alcoolisme concomitant au degré de surmenage moral, aux conditions d'existence difficiles, aux tares mentales antérieures. Il semble bien que la vie plus facile des Arabes et des Nègres jointe à leur sobriété plus marquée que la nôtre soit la raison pour laquelle la paralysie générale est rare chez eux. La question du virus dermatrope et neurotrope peut encore intervenir si l'on est partisan du « dualisme ». D'assez nombreux cas d'Arabes devenus paralytiques généraux ont été signalés ces dernières années. Pareillement, l'individu de race blanche ayant eu le paludisme, puis la syphilis, quelques années plus tard, et évoluant vers la méningo-encéphalite n'est pas une rareté. Plusieurs de nos malades sont dans cette situation. Enfin, si on admettait une sorte d'antagonisme entre ces deux maladies, il faudrait en rechercher la raison profonde.

THÉORIE DE L'HYPERTHERMIE

Faut-il chercher dans la température la cause possible des rémissions? Le mode d'action du paludisme peut-il s'expliquer par cette hyperthermie? Il semble, en effet, qu'il soit nécessaire pour obtenir des résultats favorables que le malade présente une température élevée. D'ailleurs, implicitement, les auteurs

voient dans cette méthode l'avantage des élévations thermiques soutenues sans tendance à l'amortissement. Et l'on peut bien être persuadé que le dernier accès paludéen du paralytique général s'inscrira sur sa feuille de température aussi haut que le premier. Les agents pyrétogènes, autres que la malaria, semblent avoir une action moins fidèle. Ces derniers temps, notre Maître, le Docteur Gaté, et nous-même avons signalé à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon (7 février 1928) la difficulté que nous avons rencontrée à obtenir par le vaccin antichancrelleux des élévations de température constantes dans l'essai du traitement d'une paralysie générale. Il doit s'agir d'une question de posologie du vaccin antichancrelleux; cela dit, pour ne pas accabler cette méthode de pyrétothérapie réglée, qui sera probablement bien intéressante dans l'avenir. Quoi qu'il en soit, le bénéfice thérapeutique semble être fonction de la haute température souvent répétée. D'ailleurs on l'a si vite compris qu'on a forgé le mot pyrétothérapie. Prugniald, dans sa thèse, cite les opinions de Weichbrodt, Jahnel, Levaditi; ces auteurs seraient favorables à la théorie de l'hyperthermie. On peut penser, en effet, que la chaleur excessive a une action nocive sur le tréponème ou tout au moins entrave son développement. Pagniez, dans un intéressant article du Mouvement Médical de 1920, rapporte les expériences de Weichbrodt et Jahnel. Ces auteurs ont placé à l'étuve à 41 degrés des lapins porteurs de chancre syphilitique du scrotum; rapidement, la température des animaux a atteint 42 degrés, 44 degrés.

Consécutivement, et plusieurs jours durant, les animaux étaient placés à l'étuve pendant un certain temps; les auteurs ont alors observé qu'après 48 heures les tréponèmes des chancres perdaient leur mobilité, diminuaient de nombre et finalement disparaissaient. Contre cette idée, existe le fait que Forster a trouvé l'agent pathogène vivant dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux malariathérapés. On peut se demander encore si les syphilis fébriles ont une évolution différente, plus particulièrement favorable du point de vue nerveux que les autres. Fournier a magistralement décrit ces syphilis fébriles, à forme rémittente, continue, atypique, etc... Ce Maître de la syphiligraphie signale qu'elles sont bien plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Est-il permis de penser que ce fait est une des raisons pour lesquelles la paralysie générale est plus rare dans le sexe féminin? Vraiment, on ne saurait judicieusement prendre parti. Et d'ailleurs Fournier n'ajoute-t-il pas que ces syphilis fébriles s'observent généralement avec des signes nerveux. Ultérieurement, la question de la syphilis fébrile a été reprise par bien des auteurs (Swediaur, Heckel et Morelli, Guntz, Millian et Mouquin), et particulièrement par notre Maître, le Professeur Favre (1). Mais on ne sait pas si la température donne une évolution plus spécialement favorable du point de vue des localisations nerveuses.

Mais, peut-être, la chaleur a-t-elle sur le système

(1) Favre et Contamin. *Journal de Médecine de Lyon*. p. 303, 1923.

nerveux une action spéciale? Goldscheider et Flateau d'une part, Marinesco de son côté ont étudié les modifications de la cellule nerveuse qu'occasionne la chaleur. En plaçant les animaux dans des étuves, ils se sont opposés ainsi à la perte du calorique, et ont vu que très rapidement la température rectale des animaux montait. Les modifications constatées par ces auteurs n'ont été obtenues qu'avec de très hauts degrés thermométriques (45°, 47°). Goldscheider et Flateau ont vu que chez l'animal, dont la température avait été élevée à 44°7, pendant deux heures, les cellules des cornes antérieures de la moelle augmentaient de volume, tout en devenant plus homogènes et prenant une teinte bleu foncé; ils n'ont pas retrouvé de traces des corpuscules de Nissl; le noyau prenait un contour plus net; le contour du nucléole devenait déchiqueté. Lugaro a essayé de voir des détails plus fins; il a signalé la désagrégation de la substance chromatique et fibrillaire; la membrane et le réseau du noyau restaient intacts, la partie acidophile du nucléole se colorait moins bien que normalement. Cet auteur pense que la substance chromatophile joue un rôle dans le fonctionnement de la cellule nerveuse; la disparition de cette substance marchant de pair avec l'affaiblissement musculaire. Marinesco qui a repris avec une méthode précise ces études, en arrive à dire que l'hyperthermie expérimentale a sur la cellule nerveuse trois ordres d'action. Tout d'abord, il dit que la substance chromatique se dissout chez les animaux gardés à l'étuve 40 minutes et dont la température rectale a atteint 46°, 47°; en

deuxième lieu, lorsque l'animal a un degré thermométrique voisin de 45, ce qui a frappé cet auteur, c'est la coloration diffuse de la cellule, ainsi que celle de ses prolongements; enfin si l'animal a présenté plusieurs heures 43°, les lésions sont alors plus graves, lésions consistant en dissolution complète de la substance chromatophile. Chez l'homme ayant succombé au cours d'états fébriles, Déjerine, Golscheider et Flatau, Brasch, Julliusburger et Meyer ont étudié les modifications du système nerveux, modifications qui, dans presque tous les cas, ressemblaient à celles que Marinesco avaient décrites expérimentalement. On voit que ces altérations du neurone sont bien plutôt des lésions que des transformations. Le neurone commence de souffrir, puis est détruit complètement. Et d'ailleurs ces températures sont plus hautes que celles données par le paludisme. Faut-il alors chercher un autre phénomène dans l'hyperthermie, un phénomène peut être plus général que telle ou telle modification du tissu nerveux ou d'un autre tissu ? On ne peut raisonnablement penser que la clef de cette action par la fièvre, soit donnée par le degré de congestion des viscères, la dégénérescence vitreuse des muscles (Zenker), ou les altérations de la fibrine. S'il y a une explication, de cet ordre, elle doit être vraisemblablement plus physiologique qu'anatomique. La physiologie nous apprend, en effet, que pendant la fièvre, en même temps que les battements du cœur augmentent de fréquence, ainsi que les mouvements de la cage thoracique, les combustions interstitielles sont accrues; en effet, l'excrétion uréique est augmen-

tée (Hirtz, Leyden, Naunyn), ainsi que les produits toxiques de l'urine (Roque et Weill, Bouchard). L'acide carbonique est exhalé en plus grande quantité, et le sujet absorbe plus d'oxygène (Charrin et Lenoir, de Kaufmann). Que si la pyrexie devient grave, les phénomènes d'oxydation, au contraire, diminuent (Robin et E. Binet). On peut alors, évidemment, donner libre cours à toutes les hypothèses possibles, et penser que des poisons peuvent être éliminés, se ranger à l'opinion de Brailsford Robertson, de Speck, qui voudrait que l'acquisition mnémonique marche de pair avec une oxydation, se basant sur ce fait apparemment curieux que les souvenirs seraient difficilement fixés si la teneur en oxygène du sang vient à baisser. Les battements cardiaques avons-nous dit, sont accélérés par suite de la baisse de la tension artérielle, et ce dernier phénomène semble être sous la dépendance de la vaso-dilatation. Nous avons signalé avec notre Maître, le Docteur Gaté, un fait que nous avons constaté au cours de la pyrétothérapie réglée : le paralytique général que nous traitions avait, au moment de ses accès thermiques, des modifications pupillaires pour le moins curieuses ; les pupilles devenaient de dimension égale, non pas parce que la pupille malade, qui était en mydriase n'était plus paralysée, mais parce que l'autre pupille se dilatait constamment ; et nous avons pu penser que ce phénomène évidemment sous la dépendance du sympathique était peut-être le témoin de modifications de la circulation cérébrale. Ultérieurement, nous-même avons essayé dans le laboratoire de M. le Professeur

Policard de retrouver sur l'animal (lapins, soumis au vaccin anti-chancrelleux) des modifications de calibre des vaisseaux encéphaliques; nous n'avons pu tirer aucune conclusion de ces expériences.

Mais cette théorie de l'hyperthermie n'est pas admise par tout le monde. Gerstmann s'est élevé contre cette conception qui ferait de la cure malarique une pyrétothérapie. Herrmann, Brütsch ont rapporté en effet des cas de paralysies générales améliorées par le paludisme et cependant cette dernière maladie aurait évolué sans température. La fièvre provoquée ou plus exactement une affection intercurrente, a une action sur l'état leucocytaire; cela nous amène à la théorie de l'exaltation des défenses de l'organisme.

THÉORIE DE L'EXALTATION

DES DÉFENSES DE L'ORGANISME

(HYPERLEUCOCYTOSE, PERMÉABILITÉ DES MÉNINGES,
NOTION D'ALLERGIE, D'ANALLERGIE)

C'est, en effet, cette action hyperleucocytaire que notre Maître, le Professeur Lépine, a recherchée en 1907 par l'emploi du nucléinate de soude dans certaines psychoses. Myake, Chantemesse, Tuffier, dans un domaine autre que celui de l'aliénation ont signalé les applications heureuses du nucléinate. En ce qui concerne les aliénés, J. Lépine a pu constater que, outre l'élévation thermique brutale, l'injection de nucléinate de soude s'accompagnait au bout de 4 heures environ, d'un état d'hyperleucocytose très marqué; cet état qui avait son maximum vers la 30^e heure et qui pouvait durer 3 à 6 jours, faisait suite à un stade

de leucolyse. C'est la variété polynucléose en fait d'hyperleucocytose qui a été toujours observée. En l'état actuel des choses, il faut peut-être retenir surtout l'idée d'une perturbation de la formule leucocytaire, plutôt que telle ou telle variation en plus ou en moins. C'est, qu'en effet, le paludisme appartiendrait comme la fièvre typhoïde à ce groupe de maladies s'accompagnant d'hypo-leucocytose, ainsi que Turck, Kelsch, Vincent, Bastianelli l'ont montré. Mais pour Billet, cette diminution des leucocytes fait suite à une augmentation qui, à la vérité, dure peu de temps. Cette dernière variation (hyperleucocytose) serait maximum au moment où les hématozoaires sont dans le sang; à ce moment, cette humeur contiendrait en grande quantité des lymphocytes, des mono-nucléaires, qui doivent satisfaire à leur fonction de phagocytose. La quinine, l'arsenic seraient des médicaments susceptibles d'exagérer cette élévation anormale du taux des globules blancs. Voilà, il nous semble, un argument en faveur de cette théorie qui voudrait que la paralysie générale soit dans son essence, caractérisée par ce fait que les cellules cérébrales périssent étouffées par les petites cellules rondes. On pourrait penser, dans ces conditions, que le lymphocyte ne fait plus face à l'agression du tréponème, obligé qu'il serait de se porter vers un ennemi nouveau et plus urgent à combattre. Mais l'idée que la paralysie générale est bien plutôt une toxi-infection dans laquelle le rôle du terrain est de première importance, idée qui s'oppose à la conception plus simpliste, évidemment, de la phagocytose des neurones par les lymphocytes,

a toujours eu de nombreux partisans; d'excellents arguments que nous n'avons pas à mentionner pour ne pas sortir du cadre de cette étude, ont été donnés en sa faveur. Mais alors, le mode d'action de la malaria-thérapie résiderait bien plutôt dans des changements des humeurs de l'organisme dont les perturbations leucocytaires pourraient être de simples témoins. D'autre part, Schilling, Jossmann, Hoffmann, Rubitschung et van der Spek, après avoir étudié la formule sanguine au cours de la malariathérapie émettent l'idée que la leucocytose n'intervient pas. C'est aussi l'opinion de Jahnel qui aurait constaté des tréponèmes vivants chez un paralytique général mort au cours d'une méningite purulente, affection qui s'accompagne d'hyperleucocytose. Signalons encore que Pfeiffer, Standenath, Weeber ont trouvé pendant l'accès paludéen une diastase (peptidiase) qui digère le glyzyltryptophane. Est-ce que cette diastase signifierait que la chimie donnera la clef du mystérieux mécanisme? Considérant enfin que le Bordet-Wassermann du sang du malade est plus difficile à négativer que celui du liquide céphalo-rachidien, Wagner von Jauregg voit dans cette remarque une preuve en faveur d'une action sur le foyer encéphalique lui-même.

On peut faire encore intervenir la notion d'allergie et d'anallergie de Von Pirquet. Dujardin dans une étude du syndrome humoral de la méningo-encéphalite syphilitique émet l'opinion que de tous les éléments de ce syndrome, l'index de perméabilité des méninges est la chose la plus importante. Cette per-

méabilité plus ou moins complète, à l'étude de laquelle se rattachent les noms de Sicard, de Mlle L. Stern et Gaussier, de Camus, de Marinesco, a été mesurée ; Dujardin dit que dans la paralysie générale, l'index est supérieur à un dixième. L'homme infecté par la syphilis ne pourrait créer, dans certains cas, une sensibilisation d'un taux suffisamment élevé pour arriver à l'état de l'immunité. Ainsi, il en est de la syphilis comme de la tuberculose, et le sujet est dit anallergique dans le cas où la résistance de l'organisme n'est pas réalisée. Dujardin signale que tandis que l'index de perméabilité est élevé ou difficilement réductible par le traitement anti-syphilitique chez les anallergiques, chez les allergiques au contraire, il est réductible, ou demeure nul. Si dans la paralysie générale la perméabilité a un index qui est devenu réductible ou tend vers zéro, l'état d'allergie se réalise et l'affection, perdant son caractère progressif, va se fixer. Cette idée est vraiment intéressante, elle permettrait le diagnostic antédaté de méningo-encéphalite. En effet, Dujardin cite des malades qui ont pu être décelés comme devant évoluer vers la paralysie générale parce que leur index de perméabilité ne se réduisait pas sous l'influence des anti-syphilitiques ou restait élevé ; ultérieurement, ces anallergiques seraient devenus déments paralytiques. Pour cet auteur, cet état d'anallergie commande la cure malacurative.

Déjà en 1923, O. Pötzl (de Prague) dans le *Medizinische Klinik* de Berlin avait donné ses idées con-

cernant l'état de perméabilité céphalo-rachidienne des paralytiques généraux malariés. La réaction des hémolysines de Weil-Kafka, que cet auteur a employée, repose sur le principe suivant : le sérum de l'homme normal contient une hémolysine anti-mouton; son liquide céphalo-rachidien ne possède pas cette hémolysine ; dans les cas d'exagération de la perméabilité, les méningites par exemple, cette hémolysine passe du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Chez le paralytique général, cette réaction n'est pas très positive en dehors des poussées évolutives, car il est nécessaire d'ajouter un peu de complément au liquide. Après le traitement par la malaria, on verrait la réaction de Weil-Kafka devenir négative; les méninges seraient devenues moins perméables dans les cas favorables qui, ajoute Pötzl, réalisent cet état d'hallucinoïse des psychoses paranoïdes, lequel est un mode fixation. Il existe encore la réaction de Spatz qui décèlerait le même phénomène. Elle repose, cette méthode, sur une combinaison chimique entre le sulfure d'ammonium et le fer qu'on obtiendrait plus ou moins facilement selon que les méninges se laissent ou non traverser, au niveau de l'adventice des capillaires de l'écorce cérébrale. La réaction de Spatz serait positive chez les paralytiques généraux non traités, et négative chez ceux soumis à l'impaludation.

Dans ce même ordre d'idées, Mme Bau-Prussak et Léon Prussak ont publié dans « l'Encéphale » de 1927 (n° 3) un article des plus documentés sur la perméabilité de la barrière nerveuse centrale dans les mala-

dies mentales et nerveuses. Ces auteurs ont employé l'épreuve de Walter qu'ils estiment particulièrement sensible. Le principe de la méthode de Walter consiste essentiellement à déceler dans le liquide céphalo-rachidien, ainsi que dans le plasma sanguin, de petites quantités de bromure de sodium ; puis, on établit le rapport entre les deux chiffres trouvés. C'est une méthode colorimétrique ; après avoir administré pendant quelques jours (5 jours environ) 5 à 6 centigrammes de bromure de sodium par kilogramme de poids de l'individu, on prélève les humeurs par prise de sang et ponction lombaire ; on fera le dosage du bromure de sodium ; auparavant, il faut désalbuminer par l'acide phosphoro-wolframique ou par l'acide phosphoro-molybdénique le plasma et le liquide céphalo-rachidien. Il résulte de ces expériences si intéressantes que dans les psychoses en évolution, la perméabilité est plus élevée que normalement. En ce qui concerne la paralysie générale, les auteurs disent que « presque tous les cas de paralysie générale non traités par l'inoculation de paludisme, montraient dans les recherche de Walter une perméabilité augmentée. Après le traitement paludéen la perméabilité diminuait ; Walter souligne que ces recherches ne lui permettent pas d'établir un parallélisme entre l'amélioration au point de vue psychique ou sérologique et la perméabilité. Il a constaté dans certains cas, à côté d'une diminution de la perméabilité, une amélioration clinique tandis que les réactions sérologiques ne subissaient aucun changement ». Ces

études sont pleines d'intérêt ; elles vont peut-être donner un jour la clef biologique de certaines psychoses ; la prédisposition vésanique, comme l'aptitude aux troubles mentaux, réside peut-être dans la fragilité de cette mince barrière méningée. Solidement retranché de l'extérieur, derrière sa forteresse osseuse, le système nerveux n'a-t-il qu'un artifice pour s'isoler du milieu intérieur ?

Comme les autres théories, cette dernière manière de voir n'a pas que des partisans. Schulze soutient l'idée inverse ; avec lui, c'est précisément parce que la barrière est devenue plus franchissable que l'amélioration se produit. Cet état permettrait une sorte de drainage des produits de désintégration du système nerveux vers les vaisseaux, ainsi qu'une pénétration favorable des substances de défense des capillaires vers le tissu de l'écorce cérébrale.

Wagner von Jauregg, insistant sur le fait que les rémissions peuvent apparaître longtemps après les traitements (des semaines, des mois, un an même), pense qu'il se produirait dans l'encéphale du malade un lent remaniement du processus morbide ; il ne s'agirait pas d'ailleurs d'une vue philosophique. C'est parce qu'il aurait vu des manifestations concomitantes de syphilis tertiaire faire leur entrée en scène, que cet auteur a été amené à émettre la théorie de la transformation du processus para-syphilitique en processus tertiaire. Il signale des cas d'aphasie, d'agraphie après le paludisme artificiel chez le paralytique général. Il s'agirait bien d'un processus de localisa-

tion qui est tout l'opposé de celui de la méningo-encéphalite diffuse. Dans le même ordre de faits, Schulze ainsi que Kirschbaum ont vu des gommés faire leur apparition chez des malades en rémission psychique. Gerstmann, de son côté, cite des cas d'arthrite syphilitique. Peut-être ce traitement fait-il régagner une étape au sujet en le transposant au stade de la syphilis tertiaire qu'il avait franchi ? Enfin, en poussant plus loin cette théorie, on arriverait aux faits signalés par Kyrle : si on n'a pas vu de réinfection syphilitique chez le paralytique général inoculé, Kyrle, en revanche, a vu que des syphilitiques secondaires traités par la malaria pouvaient être de nouveau contaminés. Ritter a fait des observations analogues.

RETOUR A UN APERÇU CLINIQUE

Et maintenant, avant d'en finir avec cette étude sur le mécanisme d'action de la malariathérapie dans la paralysie générale, il nous semble utile de revenir aux données de la clinique. En essayant, dans un rapide coup d'œil, de voir quels résultats peuvent donner divers traitements pyrétogènes dans des affections autres que la maladie de Bayle, peut-être nous sera-t-il permis de faire quelques remarques ; elles n'auront, ces remarques, aucune prétention explicative ; elles ne seront que simples comparaisons. Un fait est déjà assez saisissant : la pyrétothérapie est surtout employée dans le domaine de la neuro-psychiatrie. Certes, nous connaissons bien les bons effets de la protéinothérapie dans l'orchite blennorragique ;

nous savons d'autre part, que la chancrelle ainsi que ses complications sont heureusement influencées par le vaccin anti-chancrelleux qui donne de grosses élévations thermiques ; les chirurgiens emploient, eux aussi, assez fréquemment le vaccin de Delbet, mais ce sont principalement les neurologistes et les psychiatres qui manient ces traitements par la fièvre provoquée. Est-ce tout simplement parce qu'il y aurait dans ce domaine de la médecine une plus forte proportion de chroniques qu'ailleurs ? Il suffit de réfléchir un instant pour réfuter cette idée. La médecine nerveuse et la médecine mentale ne détiennent pas le triste privilège de la chronicité. Donc plusieurs fois depuis ces dernières années, on a essayé ces traitements en neuro-psychiatrie. En ce qui concerne les maladies mentales d'abord, bien des publications seraient à retenir ; contentons-nous de mentionner les essais de Gorla sur le traitement des psychoses étiologiquement indépendantes de la syphilis, ainsi que ceux de Wizel et Markuszewicz sur les résultats du traitement paludéen dans la schizophrénie. D'une manière générale, les auteurs rapportent des cas favorables, et ces cas sont des épilepsies, des manies mélancolies par accès des schizophrénies au début et à évolution aiguë (Wizel et Markuszewicz). Mais on retire l'impression, à lire les publications, que l'enthousiasme est moins grand que pour la paralysie générale. Pour notre part, nous pensons, d'après de simples remarques faites au cours d'affections intercurrentes chez les aliénés, que la confusion mentale est une des psychoses dans laquelle la fièvre a

le plus d'action. Il semble bien, en l'état actuel, qu'une folie a d'autant plus de chance d'être améliorée par un traitement biologique, qu'elle a une expression plus intellectuelle. Si la folie est surtout une folie affective, elle apparaît plus comme une manière d'être de l'individu, parce que plus profondément inscrite dans sa personnalité. D'ailleurs les psychoses affectives dans la genèse desquelles une foule d'éléments psychologiques (choc émotionnel, refoulement) interviennent, sont en matière de traitement du domaine de la thérapeutique morale principalement. Ce sont ces psychoses qui évoquent, avec juste raison, les vieux cadres des vésanies héréditaires. Les folies intellectuelles, au contraire, sont plus accidentelles. Souvent on trouve une étiologie assez simple qui a présidé à leur développement. Et l'on se rend compte tous les jours, à l'hôpital, que l'homme normal, sous l'influence de la fièvre ou de l'ébriété, fait plus volontiers des troubles de la mémoire, de l'orientation, du jugement, que des troubles de l'affectivité. La paralysie générale est cependant étudiée comme une démence globale, c'est-à-dire un écroulement des deux sphères de notre psychisme. Ce qu'on pourrait dire plutôt, c'est que cette maladie réalise très vite la démence globale. Des trois démences, c'est certainement cette affection qui nous intéresse qui a la plus rapide évolution. En un an déjà, la méningo-encéphalite syphilitique a compromis singulièrement la vie mentale, et qu'est-ce qu'un an comparé aux nombreuses années que parcourt le lent processus, encore mystérieux de la démence précoce, qui disjoint, désunit

les liens de l'être moral avant que de les détruire totalement ? Oui, dans les tous premiers temps de la maladie de Bayle, c'est la mémoire qui commence de fléchir. L'attention, moins forte, diminue la capacité du rendement. Bientôt, le jugement moins vigoureux ne permet plus l'auto-analyse ; alors se réalise cet état de béatitude, et la sphère affective est alors prise. C'est précisément parce qu'elle nous apparaît comme une psychose intellectuelle au début, qu'elle semble plus curable que certaines autres ; et ne voit-on pas que la paranoïa, par exemple, a résisté toujours aux tentatives de traitements biologiques ?

Ces derniers faits, comme nous le disions précédemment, ne constituent nullement une explication, c'est une simple remarque qui essaie de faire saisir dans l'analyse du fond mental, l'importance et l'influence réciproque des deux vies, ainsi que l'ont montré de nombreux auteurs, notamment le psychanalyste français, Hesnard.

Mais, si le paludisme provoqué ne semble pas donner d'aussi probants résultats, quand il s'agit de maladies mentales autres que la paralysie générale, on a cependant enregistré quelques succès, notamment dans les psychoses schizophréniques aiguës. Par conséquent, ce n'est pas un attribut spécial de la syphilis que de réagir à l'hyperpyrexie. Dans le domaine de la neurologie pure, certaines affections pourraient s'arrêter dans leur évolution quand le malade est soumis à l'action d'une substance pyrétogène. Depuis quelques temps on essaye en effet de traiter la sclérose en plaques, de cette manière. Récemment, Barré,

Crusem et Liéou viennent de signaler les heureuses modifications qu'ils ont obtenues par le phlogétan.

QUELQUES FAITS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Voilà donc quelques-unes des hypothèses qu'il est permis de faire si l'on se pose la question du mécanisme de l'action. Selon ses propres tendances, on se range à l'une plutôt qu'à l'autre ; c'est qu'elles essaient de donner des possibilités explicatives, bien plutôt qu'elles signifient la réalité concrète. Aussi bien, si on les juge trop osées, on peut préférer saisir quelques étapes anatomo-pathologiques, essayant d'abandonner pour un moment toute vue d'ensemble. Bien des études ont paru, concernant ce sujet. Déjà un bon nombre de protocoles d'autopsies concernant les malades ayant succombé pendant le paludisme ou peu après, ont été publiés. D'une manière générale, on peut, si on est partisan de cette idée que l'affection atteint l'être tout entier et non pas uniquement le cerveau, faire le reproche d'avoir attiré toute l'attention sur l'encéphale et insuffisamment peut-être sur d'autres viscères. Cette idée que la maladie atteint tout l'organisme a de très nombreux partisans; Pilcz l'a toujours défendue. On sait que du point de vue des lésions encéphaliques, la paralysie générale présente à l'étude des lésions macroscopiques et des altérations fines. Dès l'ouverture du crâne, on trouve en effet des lésions atteignant les méninges et l'encéphale lui-même. L'aspect pâle et ratatiné de la dure-mère, ainsi que l'adhérence de cette méninge à l'os,

les lésions de pachyméningite hémorragique qui dépendent de l'alcoolisme concomitant, sont toutes choses partout citées ; cependant tous les auteurs signalent l'inconstance de ces phénomènes. L'arachnoïde, ainsi que la pie-mère sont épaissies, et cette dernière méninge adhère à la substance cérébrale. Voilà quant aux méninges, des faits qui, lorsqu'ils existent, sont de constatation assez aisée. Notons encore que le liquide céphalo-rachidien est très abondant à ce point que les auteurs ont parlé d'hydrocéphalie. Plus intéressantes peut-être sont les constatations portant sur le tissu nerveux lui-même, surtout nettes quand la maladie a parcouru une assez longue période de son évolution ; depuis Marandon de Montyel, Brunet, Magnan et Mierzejewski, on a mis en évidence ce fait à savoir que le poids de l'encéphale a diminué notamment ; le lobe frontal est particulièrement atrophié ; que l'on coupe enfin le cerveau, on verra d'apparentes dilatations ventriculaires. Mais, c'est surtout l'histologie qui fournit les renseignements importants. L'idée que la maladie est une méningite fibro-plastique où les vaisseaux des méninges sont entourés de gaines lymphatiques péri-vasculaires, le processus évoluant selon une modalité subaiguë, est l'idée que les auteurs ont considérée comme directrice et qu'on a toujours essayé de mettre en évidence. Cependant, en même temps, le tissu cérébral lui-même est touché ; et cette altération s'affirme sous forme de chromatolyse de la cellule, disparition des neuro-fibrilles (Bianchi, Marinesco, Laiguel Lavastine), disparition ou diminution des dendrites (Klippel, Azoulay) avec

prolifération de la névrogie. Voilà donc deux processus ; les uns pensent que le premier conditionne le second ; les autres estiment ces deux mécanismes indépendants. Cette théorie que la paralysie générale est une maladie atteignant avant tout l'élément noble du système nerveux et s'accompagnant d'une manière contingente de sclérose vasculaire, est celle que notre Maître, le Professeur Lépine, a toujours soutenue. Pour terminer ce coup d'œil bien rapide d'anatomie pathologique, disons que le tréponème a été vu dans l'écorce par Noguchi et Moore sur des cerveaux prélevés à l'autopsie, puis sur des fragments prélevés par biopsie (ponction cérébrale, fente sphénoïdale) par Neisser et Pollak, par Bériol. Telle est, d'une façon bien schématique, l'anatomie pathologique de l'affection ; il faudrait encore mentionner les lésions congestives et sclérosantes des autres viscères pour justifier cette idée, plus haut citée, que la maladie de Bayle atteint l'être tout entier.

Depuis la malariathérapie, on a multiplié les recherches histologiques ; bien des travaux ont paru de ce point de vue ; nous n'avons l'intention que de résumer quelques-uns seulement d'entre eux.

Bruetsch et Bahr considèrent que le paludisme donne des modifications histologiques essentiellement caractérisées par une prolifération de l'endothélium des capillaires ; ce phénomène serait du même ordre que la réaction générale du tissu réticulo-endothélial, et ces auteurs de dire que les infiltrations cellulaires apparaissant sous formes de gaines péri-vasculaires, étaient visibles, dans leurs cas seulement, dans les

corps striés et les lobes temporaux. Cette constatation nous ramènerait en même temps à l'hypothèse de la leucocytose plus haut citée, puisque les auteurs concluent que pendant les accès, les cellules plasmatiques sont occupées à phagocyter les plasmodies. Freemann signale en particulier la disparition du tréponème après la cure d'hyperpyrexie. Il faut reconnaître que c'est un critérium fragile attendu que la recherche de l'agent pathogène demande un soin tout spécial de la technique. D'ailleurs, Forster, Sierra, Springlowa ont retrouvé des spirochètes chez des paralytiques généraux malariés. Schuster a vu, contrairement à Bruetsch et Bahr, au cours du traitement une recrudescence des foyers inflammatoires (lymphocytes et plasmazellen). Sträussler et Koskinas trouvent dans les lobes temporaux et localisées à cet endroit, les lésions décrites comme cicatricielles par Alzheimer. Nous-mêmes, au laboratoire d'histologie, avons regardé par des méthodes très simples, l'écorce cérébrale ainsi que les méninges de trois malades ayant succombé peu après les accès. Nous ne pouvons rien dire en ce qui concerne le processus de cytolyse parce que nous n'avons pu faire des colorations compliquées et parce que nous manquons d'expérience dans l'étude cytologique fine ; notre attention a porté sur le processus conjonctivo-vasculaire que nous n'avons pas trouvé sensiblement modifié.

Ces diverses constatations, on le voit, sont souvent contradictoires ; il est difficile par ailleurs d'aborder le problème sans idée préconçue devant cette écorce cérébrale qui livre si peu son secret.

CHAPITRE VII

Quelques considérations sanitaires et médico-légales

La possibilité de la dissémination de la malaria ne doit pas être une hantise ; cependant, il convient de prendre toutes les précautions concernant l'isolement des sujets en accès, et l'extinction certaine du paludisme lorsque le malade est rendu à la vie sociale.

Pour l'appréciation des faits médico-légaux, il convient de se rapporter à l'étude clinique du malade ; souvenons-nous que les guérisons sont des « guérisons pratiques ».

Nous avons dit dans un précédent chapitre les conditions matérielles qui nous paraissent les meilleures pour faire la malariathérapie, et nous nous sommes inspiré à ce sujet de l'excellent article d'Antheaume, paru dans l'*Encéphale* de juillet 1925. Nous avons eu en vue principalement la sécurité maximum du ma-

lade dans une thérapeutique qui comporte une part de danger. Actuellement, nous pouvons nous poser la question suivante : faut-il, oui ou non, prévenir le malade du genre de traitement dont il va être l'objet ? Au premier abord, cette question semble superflue, mais si l'on songe que l'inoculation du paludisme paraît aux yeux des gens non médecins, étrange, extrêmement curieuse, on comprend à la vérité tout le bien fondé de cette question. Si l'état mental du sujet est tel qu'il ne puisse comprendre le traitement qu'il aura à suivre, il est préférable de ne rien dire ; remarquons que cette éventualité ne devra, par la suite, pas être bien fréquente, attendu qu'il convient de traiter les malades au début, ayant par conséquent un minimum de déficit du fond mental. Si au contraire, on est en présence d'un sujet assez lucide, capable de se rendre compte du genre de traitement qu'on va lui faire, on pourra lui dire qu'il devra s'aliter, car on va lui donner de la fièvre, sans toutefois prononcer le mot de paludisme qui, risquant de l'effrayer, le ferait surseoir à se soigner.

Plus intéressante est la question sanitaire, d'hygiène sociale, que la malariathérapie va susciter. Si dit-on ayant l'intention de guérir la paralysie générale ou tout au moins d'améliorer une catégorie de malades plus ou moins diminués psychiquement, vous risquez de disséminer le paludisme, votre œuvre est mauvaise qui compromet la santé publique pour sauver de la démence de misérables sujets. Certes, il est impossible de ne pas comprendre tout le sérieux de

cette objection. Voilà pourquoi a été publié depuis plusieurs années un texte d'une circulaire anglaise du Ministère de la Santé publique ainsi que les précautions sur lesquelles insiste le Board of Control. Le Professeur Mühlens, de Hambourg, a tenu à rassurer l'opinion publique. L'isolement parfait du malade, la fermeture à la gaze des fenêtres, des portes, s'impose dans un pays où il y aurait quelques anophèles. Il ne serait pas mauvais que quelques établissements privés ou publics, placés dans des conditions particulières de salubrité, aient non pas le monopole, mais la renommée d'une spécialisation de cette thérapeutique. A l'hôpital, si l'on veut faire de l'inoculation de paludisme, il faut isoler le malade et ne pas tenter ce traitement dans une salle commune. Certains auteurs, Artwinski et Ostrowski entre autres, prétendent que le paludisme expérimental n'est pas propagé par les anophèles. Il est difficile, il faut le reconnaître, d'imaginer pourquoi il en serait ainsi. Ultérieurement, il conviendra d'obliger le malade à prendre de la quinine le temps nécessaire à l'extinction de sa malaria.

« En conclusion des débats, les neurologistes et psychiatres réunis à Anvers, estiment qu'il serait désirable de mettre à la disposition des malades et des médecins, les facilités nécessaires à la pratique de la malarithérapie dans les meilleures conditions de sécurité, pour les malades et pour l'hygiène publique ».

Il faut envisager maintenant quelques considérations médico-légales concernant les paralytiques généraux soumis à la malariathérapie. Des travaux assez récents comme ceux d'Antheaume, du Professeur Wimmer de Copenhague, de Carlo Gorla, sont intéressants à consulter. D'emblée, eu égard à la médecine légale, nous pouvons imaginer deux éventualités différentes selon que la guérison est complète (Volremisionen des Allemands) ou qu'elle n'a été obtenue qu'au prix de certaines séquelles psychiques.

Dans son intéressant article paru dans l'*Encéphale* de juillet, août 1928, Wimmer élimine la dernière hypothèse, et l'auteur spécifie que certains reliquats neurologiques, certains seulement comme le signe d'Argyll Robertson, ainsi que les modifications de la réflexivité tendineuse n'ont pas d'importance quant à la médecine légale, tandis que des troubles de l'écriture (troubles calligraphiques pensons-nous) le feraient un « peu hésiter à considérer comme morte la paralysie générale ». Pour Wimmer, le syndrome humoral finit par devenir négatif. Par conséquent, l'avis du médecin pourrait être demandé à propos de guérisons complètes, non déficitaires du point de vue psychique. L'auteur s'est trouvé comme expert dans cette situation et a eu à discuter la psychologie d'un délinquant, ancien paralytique guéri ; et ce neurologue a pu identifier l'acte de violence qu'avait commis l'inculpé à un acte identique, antérieur à la paralysie générale. C'est grâce à une enquête sérieuse, grâce à une étude minutieuse des antécédents qu'il a

pu avoir la clef de ce problème. D'un autre côté, Carlo Gorla a dit en 1927, que les plus heureuses rémissions ne devaient pas être considérées actuellement comme des guérisons véritables. L'impression personnelle que nous avons de l'expérience de la malaria-thérapie tentée à Lyon, et qui porte sur un nombre de malades pas encore très élevé, mais que nous avons psychologiquement étudiés de notre mieux, est que ces guérisons complètes doivent être rarissimes. Nous sommes en opposition avec certains auteurs allemands notamment qui parlent couramment de « Vollremissionen ». Nous n'avons, pour notre part, jamais gratifié de guérison psychologique un de nos malades, et nous n'avons pas honte de dire que dans les cas les plus favorables, nos malades ont gardé un petit déficit mental, quelquefois très léger, mais qu'un très long interrogatoire, ainsi qu'une enquête auprès de la famille mettent nettement en évidence. Même quand la mémoire semble très bonne, quand les associations d'idées, ainsi que l'attention, apparaissent normales, le caractère de l'individu n'est plus exactement le même. Un certain degré d'irritabilité, d'impatience, d'hyperémotivité, de distraction persiste à notre avis et rend la situation de ces gens comparables à celle de certaines démences électives comme l'aphasie ou l'apraxie. Nos malades « guéris » sortent du cadre de l'aliénation au sens juridique, mais gardent quand même une estampille de leur maladie. Par conséquent, en ce qui concerne la capacité civile, il nous semble prudent lorsque l'internement n'est plus nécessaire,

de poser la question de l'interdiction, dans le cas où l'individu occupe une situation sociale élevée, interdiction qu'on pourra d'ailleurs lever par la suite. Quant à la responsabilité pénale, il ne faut pas être trop exigeant et si le médecin veut bien se rappeler que le sujet a eu une des plus graves affections cérébrales qui soient, il peut bien penser qu'en l'état actuel de sa modeste science, tout n'est pas dit, d'autant que les actes médico-légaux comme le vagabondage, l'attentat aux mœurs, le vol, sont bien plutôt imputables à la démence, symptôme caché, qu'aux signes psychiques contingents qui crèvent les yeux. Dans les cas difficiles, on ne peut que conseiller l'hospitalisation, la mise en observation et l'évolution nous fixeront.

On ne peut s'empêcher de dire que ces questions médico-légales sont tout de même un peu prématurées. Actuellement, il n'est pas encore bien aisé d'avoir une idée très nette de la thérapeutique, idée concernant notamment la durée de ces rémissions, et l'on envisage déjà des éventualités bien complexes ! Il convient d'être très prudent, puisque certains individus ne peuvent plus être maintenus à l'asile au sens de la loi; il faut convenir avec l'entourage qu'à la moindre alerte dans le comportement, le malade sera reconduit au médecin. Bien plus, nous nous sommes efforcé de ne pas perdre de vue nos malades qui, sous prétexte d'examen neurologique reviennent assez périodiquement « repasser un examen mental ». L'étranger, avec une législation plus récente et plus

humaine des asiles (permissions... travail en ville et heures de présence dans le service) a des avantages sur nous. Nous avons toutes les fois conseillé une vie plus simple qu'autrefois, la vie à la campagne particulièrement, la reprise d'un métier plus facile, avec un minimum de responsabilité. Enfin, il faut avouer que l'individu isolé dans la vie sera gardé plus longtemps à l'hôpital ou à l'asile que celui qui peut compter sur un conjoint ou des enfants intelligents.

Nous terminerons ce court aperçu médico-légal par l'étude du divorce dans le cas où l'un des conjoints est atteint de paralysie générale. On sait que la loi française, en opposition de ce point de vue avec les lois allemande, suisse, américaine, etc..., n'admet pas le divorce ou la dissolution du mariage quand l'un des époux est atteint d'aliénation mentale, et cependant voici bientôt deux ans qu'au Congrès de Blois les aliénistes et neurologistes de langue française ont prononcé un vœu en faveur du divorce. En 1906, le député Maurice Collin, puis en 1907 le député Maurice Violette ont proposé de modifier le code dans ce sens. La loi suisse autorise le divorce quand l'un des conjoints est atteint d'aliénation mentale incurable rendant la vie intolérable. Le Docteur Boven, de Lausanne, rapporteur au Congrès de Blois, a exposé cette question avec précision, avec délicatesse, ménageant ainsi les susceptibilités les plus outrées. Pratiquement, la preuve d'incurabilité est faite par un internement de trois ans au moins. La clinique montre que si une maladie mentale guérit au bout de trois ans, la gué-

risson est une guérison déficitaire. Pratiquement, on divorce en France pour le motif de l'aliénation, mais on louvoie avec les termes de la loi, comme l'ont montré Juquelier, Filassier, L. Graux.

Quoique la paralysie générale ne présente pas des réactions comparables à celles de la démence précoce, de la folie des dégénérés, de la psychose maniaque dépressive, etc..., la question « divorce et paralysie générale » doit se poser, et que dire dans les cas où la maladie est en voie de rémission ? Si l'un des époux demandait le divorce parce que son conjoint est atteint de paralysie générale, il serait nécessaire de tenter la malariathérapie avant de procéder à l'expertise. Si l'on admet le délai de trois ans que les Suisses ont fixé on donne au paralytique général un temps suffisamment long pour faire la preuve de son incurabilité ou de sa guérison. Mais dans l'état dit de guérison pratique, comme en ce qui concerne la schizophrénie, l'individu peut garder quelques troubles affectifs qui cependant ne font pas de lui un aliéné à maintenir. Cela suffit pour considérer le sujet comme incurable, au sens psychologique du mot. « Ne réclamez pas l'absolu du psychiatre, dit le Docteur Boven; jurez-vous, sur votre honneur de médecin, que tout conscrit palpé, jaugé, mesuré par vos soins, est apte au service militaire ? Jurez-vous que parmi les gars que votre science élimine, il ne s'en trouve pas un qui ne puisse faire un fameux soldat ? »

DEUXIÈME PARTIE

FAITS CLINIQUES

Avant-Propos

Les observations que nous publions concernent les paralytiques généraux hospitalisés tant à la clinique neurologique qu'à la clinique psychiatrique du mois de juillet 1927 au mois de janvier 1929. Etant donné l'importance du nombre de lits du service de l'asile de Bron, nous apportons un plus grand nombre d'observations de ce service que de celui de l'Hôtel-Dieu. Toutes les observations, sauf deux seront ici publiées. Volontairement, nous abandonnons deux malades qui, par suite de circonstances diverses, ont été perdus de vue et nous ne savons pas actuellement dans quel état ils se trouvent. D'autre part, une malade est citée au cours de cette statistique, bien qu'elle n'appartienne ni au service hospitalier, ni au service d'asile; il s'agit d'une femme de la clientèle de M. le Professeur Froment.

Nous tenons à faire remarquer que tous ces malades ont été malariathérapés à n'importe quelle évolution de leur affection. Chez certains, la paralysie générale était au stade initial; beaucoup d'autres, en revanche, ont été vus à une époque avancée de la ma-

ladié. Cela n'est pas fait pour rendre notre statistique particulièrement brillante; mais nous le voulons ainsi pour montrer que, même dans les plus mauvaises conditions, le traitement de Wagner von Jauregg a encore une action. En procédant ainsi, nous avons eu, d'autre part, l'avantage de ne jamais être démunie de plasmodium.

Ces observations, les unes sont longues, d'autres sont brèves au contraire. Un texte plus long a été réservé aux malades classés dans la catégorie « guérisons ». D'une manière générale, nous nous sommes efforcés de rapporter les paroles du malade, ainsi que les anomalies de son comportement, essayant d'éviter autant que faire se peut la terminologie psychiatrique que critiquent d'ailleurs trop fréquemment ceux qui connaissent mal la médecine mentale et qu'emploient trop volontiers les esprits plus épris de subtilités psychologiques que de réalités biologiques. De cette façon, il est facile de se rendre compte que tel ou tel acte témoigne d'un déficit de la sphère intellectuelle ou affective par exemple, comme il est aisé d'autre part de voir tout simplement ce que faisait le malade avant le traitement et ce qu'il fait après. Cette méthode aura encore l'avantage qu'on ne pourra pas nous discuter le diagnostic de paralysie générale. Tous ces malades présentent d'une manière incontestable la symptomatologie de la méningo-encéphalite progressive syphilitique, autant qu'on puisse avoir de certitude donnée par la clinique et le laboratoire. Aucune de nos observations ne pourrait être rangée dans le

cadre de la syphilis cérébrale, qui ne donne pas d'altération progressive du fond mental et qui ne présente pas de processus évolutif diffus, mais localisé.

Le nombre des malades traités est de 54. Actuellement, il est possible de dire qu'ils se répartissent de la manière suivante :

1° Rémissions ayant la valeur de guérisons pratiques : 13.

2° Améliorations notables : 11.

3° Etats stationnaires; pas d'aggravations : 21.

4° 9 cas de léthalités, dont 6 imputables au paludisme.

En d'autres termes, nous avons 24 % de « guérisons », 20,3 % d'améliorations notables, 38,8 % d'états stationnaires; la mortalité donne le nombre de 11,1 %.

Nous avons tenu à ne pas multiplier les diverses catégories qui présentent les faits d'une manière avantageuse. Cette statistique est moins brillante que celles de beaucoup d'auteurs.

Bravetta, en 1926, publiait 31 % de réadaptations et 4 % de morts.

Bunker et Kirby, en 1926, donnent comme résultats : 12 % de rémissions complètes, 14 % de rémissions modérées dans les formes simplement démentielles; 55 % de rémissions complètes, 12 % de rémissions légères dans les cas d'excitation. Enfin, les formes maniaques fournissent à ces auteurs 67 % de guérisons et 16 % d'améliorations.

Claude et Targowla donnent le nombre élevé de

40 % de rémissions (Académie de Médecine, 17 mai 1927).

Sur 57 cas traités, Créteur, en 1926, compte 6 guérisons pratiques et 21 améliorations telles que les malades ont pu reprendre la vie de famille.

Crouzon, Mlle Claire Vogt et M. Delafontaine publient à la Société de Neurologie du 6 janvier 1927 : 31 cas ainsi répartis : 29 % de favorables, 25 % d'action nulle, 29 % perdus de vue ou trop récents, 16 % de décès.

Prugniaud, dans sa thèse, donne la statistique suivante : 32 malades traités :

12 rémissions très accentuées et en apparence complètes (10 malades sont en liberté).

2 rémissions incomplètes.

14 résultats nuls.

2 décès.

CHAPITRE PREMIER

Les guérisons

OBSERVATION I

B... J..., 47 ans, envoyé de l'Hôpital Saint-Pothin où il a été traité au stovarsol, à l'Asile de Bron (clinique des maladies mentales) en décembre 1928. A l'entrée, dément paralytique délirant. Dit qu'il a 500.000 francs de revenus ; il veut payer des diners à tout le monde. Il profère des paroles incohérentes, chante à tue-tête, ne se rend nullement compte de son état. Il est désorienté dans le temps et dans le lieu.

Signes ataxo-parétiques constitués. Symptôme d'Argyll Robertson, tremblement des extrémités, réflectivité tendineuse vive. Dysarthrie discutable.

Ponction lombaire : albumine 0,90 ; 26 lymphocytes ; B.-W. très positif.

Inoculé le 20 décembre 1928, 15 accès ; quinine, stovarsol.

Le 6 février 1929, complètement transformé; le malade est redevenu calme, il est d'une lucidité parfaite. Il fait la critique de son état délirant ; il dit spontanément : « J'avais perdu la tête; j'ai eu un peu de folie; quand on m'a répété que je voulais payer des diners à tout le monde, que

je disais avoir 22 enfants, je n'en revenais pas ». Il demande instamment sa sortie.

Ponction lombaire 29 mars 1929 : albumine 0,60 ; 8 lymphocytes ; B.-W, légèrement positif.

Il sort très amélioré psychiquement, mais inchangé quant aux signes somatiques. Il a repris son métier de peintre en bâtiments.

OBSERVATION II

B... Samuel, 38 ans, mécanicien. Malade du Professeur Froment. Envoyé dans le service par le Professeur Froment pour impaludation en mai 1928.

Rien n'est à signaler dans les antécédents de cet homme, antécédents héréditaires, collatéraux et même personnels. En particulier, il nie la syphilis et l'alcoolisme.

L'affection actuelle semble remonter à dix mois environ ; le sujet qui semble appartenir au milieu ouvrier travailleur et aisé, était employé depuis plus de 12 ans chez le même patron ; d'apprenti, il était devenu contremaître et assumait à lui seul presque toutes les responsabilités et la charge de l'entreprise (moulinage) lorsque, sans raison, dit-il, on le remplace par un ingénieur. Il s'ensuivit un gros chagrin qui est encore très vivace, et dont il fait le point de départ de tous les troubles présentés depuis lors. Il trouve un emploi équivalent, mais ne trouvant pas à se loger, il doit vivre seul dans une ville voisine de son pays, tandis que les siens vivent à la campagne ; accentuation de son chagrin. Chaque semaine, à chaque visite, on remarque chez lui des « changements ». De même, ses nouveaux patrons font les constatations suivantes : il est distrait dans son travail, oublie les ordres qu'on vient de lui donner, se trompe souvent. A la maison, oublis portant sur les faits que lui rapporte sa femme le dimanche. Elle constate en outre une certaine irritabilité ; ses enfants le fatiguent ; il ne les entoure pas des soins qu'il leur prodiguait auparavant. Il pleure spontanément et fréquemment.

On est frappé à l'examen par l'aspect morne du sujet. Il répond assez normalement aux questions posées ; il insiste sur son chagrin et pleure. Aucune idée délirante. Les troubles démentiels portent au point de vue intellectuel essentiellement sur la mémoire (oublis des faits récents, mais orientation parfaite dans le temps et l'espace) sur l'attention, les associations d'idées, et au point de vue affectif sur les faits plus haut cités.

Peu de dysarthrie. Mâchonne continuellement. Signe d'Argyll Robertson. Réflexivité tendineuse vive.

Ponction lombaire : hyperalbuminose, hyperlymphocytose, B.-W. très positif.

Impaludation : 15 mai 1928. Sept accès tierces. Quinine, stovarsol.

Le 15 mai, jour de l'inoculation, on note : le sujet reste assez puéril. Lorsqu'on lui fait une injection intra-veineuse de sang paludéen, il en réclame une autre pour le bras gauche. Comportement puéril et caractère bizarre.

Ponction lombaire le 16 juin 1928 : albumine 0,90 ; 12 lymphocytes ; B.-W. très positif.

Quitte le service le 19 juin et repart chez lui.

OBSERVATION III

Ch... Jean, 46 ans ; entre à la clinique neurologique en février 1928. Rien de spécial dans les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels (en particulier nie la syphilis et l'éthylisme).

Ce qui frappe au premier abord, c'est un degré évident d'euphorie et d'exubérance ; il accueille avec un large sourire le médecin qui va l'examiner ; il croit reconnaître dans l'assistance des personnes de sa connaissance. Il exalte la prospérité de son commerce, l'intelligence de sa femme, de ses enfants. Il a eu récemment des idées délirantes, et c'est précisément parce qu'il voulait construire des gratte-ciels qu'il a été conduit auprès d'un médecin. L'auto-critique est loin d'être parfaite. Il ne se trouve pas malade ; il vivra vieux

et ne se rend pas compte de l'inopportunité des réflexions et des récits dont il nous accable au cours de l'interrogatoire. Tests écrits et dictés assez probants. Il demande si socialistes prend une cédille et écrit socialos. Il lui est impossible d'écrire correctement anticonstitutionnellement. Reconnaît l'impossibilité de faire une soustraction inversée.

Au point de vue somatique : tremblement de la langue manifeste. Dysarthrie spontanée au cours de la conversation. Mots d'épreuve nettement achoppés. Tremblement modéré des extrémités. Pupilles inégales (gauche plus petite que la droite) ; paresse du réflexe photo-moteur. Réflexe rotulien droit plus fort que le gauche. Achilléens obtenus. Pas d'incoordination. Rien à signaler à l'examen des autres appareils.

Ponction lombaire : albumine, 1 gr. ; légère hypoglycorrachie ; 38 lymphocytes ; B.-W. très positif.

Impaludé le 6 mars ; 9 accès quotidiens ou à peu près quotidiens. Quinine, puis stovarsol jusqu'à 21 grammes. Pendant les accès palustres, le malade a présenté un épisode confusionnel avec délire hallucinatoire qui n'a duré que peu de jours.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; sucre normal 9 à 10 lymphocytes ; B.-W. très positif.

Quitte le service bien amélioré du point de vue psychique. Se considère actuellement comme malade devant continuer régulièrement le traitement. Demande souvent s'il guérira complètement. Fait judicieusement la critique de ses idées délirantes.

Deuxième séjour en février 1929, sujet un peu euphorique, mais d'une activité ordonnée, bien mnésique, calcule correctement. Réponses logiques. A repris depuis un an son métier de commerçant. Continue de se faire traiter au stovarsol. Sommeil bon. Digestions bonnes. Fonctions génitales très diminuées sans impuissance complète.

Du point de vue somatique, pas de dysarthrie, mais tremblement modéré de la langue et des mains. Signes oculaires inchangés. Pas de Romberg, pas d'incoordination. Réflexes tendineux modifiés aux membres inférieurs, à gauche rotu-

lien aboli, achilléen obtenu ; à droite rotulien vif, achilléen aboli. Au bras réflexes normaux.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 5 lymphocytes ; B.-W. très positif.

On propose une nouvelle impaludation en avril ou mai.

OBSERVATION IV

Ch... Jeanne, 27 ans. Novembre 1928. Observation due à l'obligeance du Professeur Froment.

A consulté le Professeur Froment parce qu'elle faisait des crises jacksoniennes du bras gauche, et parce qu'elle ne faisait plus de progrès au piano qu'elle essayait d'apprendre depuis deux ans. Idées de grandeurs ; actes niais (collection d'une multitude de gravures de journaux).

Altération incontestable du fond mental à l'examen psychiatrique.

Dysarthrie légère, réflexes vifs.

Ponction lombaire : hyperalbuminose, lymphocytose, B.-W. très positif.

Examen négatif des autres appareils.

Inoculation paludéenne, 24 octobre 1928. Au bout de 9 accès, transférée dans une maison de santé (un mois), pour état d'excitation mégalomaniacale.

Actuellement reste peu euphorique. Devient plus adroite au piano. N'achoppe que rarement ; quelques acquisitions mnésiques. L'attention reste faible. Fait ses commissions, compte bien, reconnaît la stupidité de ses projets. Pas de nouvelles crises jacksoniennes.

Ponction lombaire : albumine, 0,60 ; 5 lymphocytes ; B.-W. très positif.

OBSERVATION V

D... J..., entrée à la clinique psychiatrique en août 1928. Le début de la maladie daterait de quelques semaines. Elle

faisait des fugues sans raisons. Courait en chemise à toute heure du jour et de la nuit dans les rues.

Délire des grandeurs enfantin : elle est millionnaire, elle est belle... Idées érotiques avec impressions cénesthésiques ; son mari est à côté d'elle (cependant elle reconnaît qu'il est mort depuis 5 ans) et il remplit ses devoirs conjugaux avec un savoir-faire dont la malade fait longuement l'éloge.

Pupilles inégales et fixées. Dysarthrie pour les mots d'épreuve.

Ponction lombaire : albumine, 0, 90 ; 7 lymphocytes ; B.-W. très positif.

Inoculée le 7 septembre 1928. Les accès ont été mal supportés. Quinine, stovarsol.

La malade a quitté l'asile, gardant un léger déficit de ses fonctions intellectuelles. Les idées délirantes ont complètement disparu.

OBSERVATION VI

Fl... H..., 45 ans, est conduit par sa famille à la clinique neurologique, le 7 novembre 1928, parce que depuis quelque temps, il ne peut plus remplir ses fonctions de receveur de tramway ; il ne reconnaît plus les arrêts, il se trompe en rendant la monnaie.

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires et collatéraux. On relève dans ses antécédents personnels une fièvre typhoïde à 13 ans. Syphilis avouée à l'âge de 21 ans. N'a jamais eu de traitement antisypilitique. Sa femme est en bonne santé, elle n'a pas eu de fausses couches ; elle a eu trois enfants qui se portent actuellement très bien. Ethylisme modéré, 1 litre à 1 litre 1/2 de vin par jour.

Depuis 4 à 5 mois, ses chefs lui font remarquer qu'il devient inexact pour la durée de son service, qu'il se trompe dans les arrêts, la distribution des billets... Il en convient sans ennui, et sans s'en faire de soucis. En janvier 1928, il a été rétrogradé et de contrôleur a passé receveur. Sa femme a remarqué qu'il apportait des objets hétéroclites sans

pouvoir donner d'explications à ce sujet. D'autre part, il ne pouvait supporter l'aînée de ses filles. Il avait changé nettement d'attitude à son égard. Il était autrefois gai, il est devenu casanier, plutôt triste.

L'examen psychiatrique confirme cet état démentiel sans idées délirantes.

Réflexivité tendineuse normale. Pupilles normales. Légère dysarthrie. Rien aux autres appareils.

Ponction lombaire 10 novembre 1928 : albumine, 0, 80 ; 29 lymphocytes ; B.-W. très positif.

14 novembre 1928, impaludation après 5 accès type tierce ; interruption spontanée de quelques jours, puis réapparition des accès. Quinine, tryparsamide. En tout 8 accès. Pendant l'impaludation, brusquement, apparition d'un délire jaloux à l'égard de sa femme qu'il croit entendre le soir s'approcher de son voisin. Il redoute qu'elle fasse des détournements pour cet amant.

Sort le 15 décembre 1928.

Revu le 22 janvier 1929, a reçu 13 injections de stovarsol. Il ne délire plus. Il reconnaît s'être trompé lorsqu'il accusait sa femme. Actuellement, il s'occupe du ménage, cherche une situation sédentaire à l'O.T.L. Achoppe toujours. Signes physiques toujours discrets.

OBSERVATION VII

L... A..., 38 ans. Hospitalisée à la clinique de l'Hôtel-Dieu du Professeur Lépine, en juillet 1924.

Rien de particulier à relever dans les antécédents de cette femme qui est envoyée en consultation pour troubles psychiques. Il s'agit surtout d'un affaiblissement de la mémoire. Cette perte de la mémoire porte surtout sur des faits récents, elle oublie ce qu'elle vient de faire ; elle ne se souvient plus de ce qu'elle a fait d'un objet qu'elle vient de prendre. Les souvenirs anciens sont au contraire intacts ; les dates sont précisées ; les détails bien décrits. En outre, le comportement est par moment bizarre ; elle fait brusquement des fu-

gues dont elle garde le souvenir. Pendant l'interrogatoire, on est frappé de son euphorie, et de son air de satisfaction puérile.

Achoppement syllabique, tremblement des doigts, pas de secousses dans les muscles de la face. Signe d'Argyll Robertson. Réflexivité tendineuse vive.

Ponction lombaire : albumine, 1,50 ; lymphocytose appréciable. B.-W. négatif.

B.-W. dans le sang très positif.

La malade a reçu 8 injections de tryparsamide ; elle paraît améliorée.

7 octobre 1924 : B.-W. dans le sang très positif.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; 2 lymphocytes ; B.-W. très positif.

Elle quitte le service ; elle revient pour les injections de tryparsamide de février 1925 à avril 1926 (23 grammes de tryparsamide).

Hospitalisée de nouveau en juillet 1926 : éruption zostérienne dans le territoire de L1, L2.

Irritable, euphorique ; ne travaille presque plus ; lourde charge pour sa mère.

Ponction lombaire : albumine, 1,20 12 lymphocytes et quelques polynucléaires ; B.-W. très positif.

Traitement par des injections de bismuth.

En septembre 1927 : on l'hospitalise de nouveau et on pratique l'impaludation.

12 accès, tachycardie, œdèmes au cours du traitement, quinine, stovarsol.

Elle va bien physiquement ; au point de vue mental, elle paraît beaucoup moins puérile ; elle est plus attentive, se souciant de sa mère qui reste seule et dont les conditions d'existence sont difficiles. Elle va travailler. Son sourire est moins satisfait. Pas d'irritabilité. Comportement normal.

OBSERVATION VIII

P... F..., interné à l'Asile de Bron (service de M. Lépine), en août 1927.

Syphilis en 1917 assez régulièrement traitée.

Les troubles mentaux pour lesquels il est envoyé à l'asile sont d'apparition récente. Depuis quelques jours en effet, il commettait des fautes dans son travail, avait changé de caractère, était très excité, menaçant ; il embauchait à tort ou à travers des ouvriers ; il s'impatientait très souvent et devenait violent ; il a fait des achats inconsidérés.

A l'arrivée, l'agitation psychomotrice est telle qu'on est obligé de le maintenir. Il crie qu'il a inventé un cycle qui doit lui rapporter 200.000 francs. Il est totalement désorienté.

Inégalité pupillaire sans signe d'Argyll-Robertson. Achoppement syllabique. Réflexivité tendineuse vive.

Ponction lombaire : albumine, 1,50 ; 53 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé le 9 septembre 1927, il a bien supporté 15 accès irréguliers, puis a été mis à la quinine, n'a pas eu de stovarsol.

En décembre, on note une grosse amélioration. Il commence à travailler à l'asile.

En janvier 1928, il fait l'impression d'avoir recouvré une grosse partie de son fond mental. Les mémoires de fixation et d'évocation semblent normales. Aucun trouble du calcul ; aucun trouble de l'élocution. Son comportement est normal dans la division.

Ponction lombaire : albumine, 1,50 ; 6 lymphocytes ; B.-W. très positif.

Quitte l'asile le 26 janvier 1928, reprend son métier de chaudronnier qu'il fait correctement actuellement.

Revu en mars 1929 ; n'a subi aucun traitement spécial, gagne largement sa vie pour subvenir aux besoins de sa famille. Observe la sobriété. Parfaitement conscient de son état antérieur. Remercie de son traitement, demande la ligne de conduite.

Faute de mieux, stovarsol par la bouche.
Légère inégalité pupillaire sans Argyll Robertson.
Aucune dysarthrie. Ecriture correcte non tremblée.

OBSERVATION IX

R... M..., 35 ans, entre à la clinique neurologique en juillet 1927.

Sa mère se serait suicidée vers l'âge de 60 ans. Personnellement, il aurait toujours joui d'une bonne santé. Il faut noter un chancre syphilitique en 1915, traité dès le début par des injections intraveineuses d'arsénobenzol. Depuis 3 ans, il a pris régulièrement de l'iodure de potassium. Sa femme qui aurait eu deux fausses couches, élève une fillette qui est, elle, en bonne santé.

Depuis trois mois, il ne travaille plus parce que la compagnie O.T.L. où il est employé a demandé sa mise en réforme. Il s'en étonne, car il se sent fort et capable de gagner sa vie.

L'analyse un peu minutieuse de son fond mental révèle dans la sphère affective cette euphorie calme sans irritabilité, sans changement brusque de l'humeur, avec un optimisme incontestable en ce qui concerne l'avenir. Il s'intéresse au sort de sa femme et de son enfant et paraît leur donner quelques marques d'affection. Dans la sphère intellectuelle, l'orientation est normale; l'attention est diminuée. En le faisant lire, vers la vingtième ligne d'une colonne de journal sa dysarthrie s'exagère. Il ne comprend plus ce qu'il lit et bafouille. Ses associations d'idées sont puériles. Lorsqu'il lit « Les émeutes à Vienne », il comprend qu'il s'agit de Vienne (Autriche) et dit spontanément qu'il existe une ville de Vienne (Isère) à laquelle il attribue 100.000 âmes. La mémoire paraît conservée: date exacte du jour, date de son mariage et des événements principaux de sa vie. Son jugement reste puéril: il est inconscient en effet de son état, se croit fort intellectuellement, répète avec assurance qu'il

possède son certificat d'études... et parmi les événements intéressants de sa vie, il choisit sa nuit de noces, ajoutant spontanément qu'il ne s'est pas montré bien viril.

Son comportement à l'hôpital révèle de l'inertie physique et morale. Il reste indifférent à tout, sans demander la moindre distraction.

Grosse dysarthrie. Tremblement grossier de la langue. Signe d'Argyll Robertson. Réflexes plutôt vifs.

Ponction lombaire, 18 juillet : albumine, 1 gr. ; 20 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludation le 19 juillet 1927 : 15 accès tierces, quinine, stovarsol. Léger épisode confusionnel pendant l'impaludation.

Après une convalescence à Longchêne, revient dans le service. Trois mois après, il passe en chirurgie pour une cure radicale de hernie qu'il demande lui-même. Il est très amélioré du point de vue mental. Certainement, il garde un déficit intellectuel. Il fait la critique de son état d'autrefois. Actuellement, il continue son traitement au stovarsol. Le 27 novembre 1927, alors qu'on le reconduisait à la consultation neurologique, sa famille disait qu'il restait chez lui, aidant bien au ménage. Il se montre affectueux à l'égard des siens. Il raconte bien les faits passés ; il ajoute qu'il a été gravement malade et qu'il ne s'en rendait pas compte. Il compte assez bien ; il s'exerce à faire des calculs pour reprendre son service à l'O.T.L.

OBSERVATION X

R..., femme P..., 37 ans. Malade du Professeur Froment, envoyée à la clinique neurologique pour malariathérapie.

Syphilis avouée et insuffisamment traitée en 1922. Dans ses antécédents personnels, on relève deux fausses couches, un enfant mort-né. Ethylisme certain ; la malade tient un café.

Depuis deux ans, cette femme présente des céphalées

d'une part et d'autre part des crises jacksoniennes; au début les crises étaient très fréquentes, quotidiennes, brutales, apparaissant sans que la malade en soit avertie par un signe précurseur, souvent les crises se passaient la nuit. Pas de chutes, pas de cris; le début semble avoir été conscient, mais très vite, la malade perd connaissance; elle n'a jamais remarqué de morsure de la langue; elle aurait quelquefois uriné au lit et même présenté de l'incontinence des matières. Après une de ces crises, la perte de connaissance a duré trois jours. Il semble d'ailleurs qu'il y ait eu une amélioration dans cette dernière année, les crises se sont espacées, hebdomadaires, survenant toujours au moment des règles. Elles sont plus courtes; apparaissent en général le soir, après une journée pénible; elles ne sont pas suivies de coma, d'ailleurs, ce n'est que très rarement qu'elles aboutissent à la perte de connaissance. Il faut noter que la malade prenait depuis quelques mois du gardénal.

En même temps, on relève les signes psychiques suivants : troubles de la mémoire apparaissant quelquefois au réveil, persistant quelques jours, et s'accompagnant de difficultés de la parole. Il s'agit d'amnésie transitoire portant sur les jours, les noms, les adresses. Au cours de l'interrogatoire, les souvenirs sont cependant assez précis. Elle n'a pas fait d'erreurs dans son travail, cependant, elle se désintéresse de ses affaires, parce qu'elle n'aurait plus de goût à la vie; elle s'ennuie et est inquiète. Ce qui frappe, en effet, c'est l'instabilité, l'inquiétude, et un certain degré de puérilisme. Elle est soucieuse et a des raisons multiples : la conduite de son mari, des pertes d'argent, sa santé. Elle mange et dort peu. Depuis un an, elle a renoncé à toute occupation, elle reste inactive et se promène; elle pleure facilement, et se demande sans cesse si elle guérira. Elle est réticente et contradictoire.

Pupilles inégales, fixées, réflexes tendineux normaux. Fatigabilité dans la parole qui devient vite indistincte et pâteuse.

Ponction lombaire : albumine, 0,60 ; cytol. 25 lymphocytes; B. W. très positif.

B. W. très positif dans le sang.

Impaludée le 24 octobre 1928 : 5 accès se sont produits

avec température entre 40 et 41°. Puis arrêt spontané le 7 novembre. Malgré cela, elle prend ultérieurement de la quinine. Son médecin a commencé les piqûres de stovarsol.

20 novembre 1928. Il semble qu'au départ, la malade, consciente de son état, se trouve un peu améliorée. Son comportement paraît satisfaisant, bien qu'elle reste un peu triste. Elle tend à remercier pour les soins qu'on lui a donnés.

Le 18 mars 1929 : la malade revient en consultation dans le service. Elle se trouve améliorée et est beaucoup moins triste ; elle est capable de diriger son commerce (épicerie-buvette) et de tenir sa comptabilité ; son mari en revanche, alcoolique, ne peut faire un travail suivi. L'état général paraît bon. Elle a fait cependant récemment un ictère infectieux. La série de stovarsol est actuellement terminée.

En somme, les résultats du traitement combiné sont très satisfaisants.

OBSERVATION XI

S... A..., 28 ans. Envoyé par l'Infirmier de Porte de l'Hôtel-Dieu à la clinique neurologique en octobre 1926. Dans ses antécédents, il est intéressant de signaler qu'à l'époque où il aurait fait la campagne d'Orient, il aurait eu deux choses : le paludisme d'abord, léger, dit-il, et la syphilis assez régulièrement traitée.

Il apparaît anxieux et déprimé ; il a fait l'achat d'un comptoir qui marche mal ; ses affaires l'inquiètent beaucoup. Un jour d'octobre 1926, il a des hallucinations auditives ; il se relève la nuit affolé, cherche des cambrioleurs. Un autre jour, il a des hallucinations visuelles : il voit des gens qui « méchamment couvraient sa femme de crachats » ; un autre jour, il se rend compte du caractère pathologique de ses troubles. Mais il reste anxieux et veut se suicider.

Du point de vue somatique, on note : inégalité pupillaire,

gauche plus grande que droite, sans signe d'Argyll Robertson. Pas de dysarthrie. Léger tremblement de la langue, et tremblement des extrémités. Pas de modifications de la réflexivité tendineuse.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; cytol. 40 élém. blancs ; B. W. très positif.

Après un traitement au novarsénobenzol (on n'était pas sûr du diagnostic de paralysie générale, on avait fait le diagnostic d'état anxieux avec interprétations délirantes sans signes de démence manifeste, signes somatiques et humoraux de syphilis nerveuse), le malade repart chez lui.

Mais il est reconduit dans le service le 23 mars 1927, on note : « Ces jours derniers, il s'est montré violent, sujet à des impulsions, frappant sa femme qui a dû le faire coucher au poste de police. Sa mémoire est assez précise, il convient bien avoir été violent avec sa femme et son enfant. Il l'a saisi par les pieds pour le projeter contre un mur. Il entend de temps à autre des voix lui affirmant qu'il a commis des actes très graves, de très grosses fautes ». On note encore « malade curieux, difficile, tantôt inquiet, méfiant, comme un vésanique halluciné, tantôt confiant et expansif ». On porte le diagnostic de paralysie générale progressive, et le jour même on le fait interner.

A l'asile, il se comporte en dément (actes ridicules, propos stupides).

Ponction lombaire, 29 mars : albumine, 0,40 ; 5 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé le 17 juin 1927 ; 7 accès, quinine, stovarsol. Grosse excitation psychomotrice avec confusion mentale, hallucinatoire pendant la malariathérapie.

Le 11 octobre 1927 : nouvelle ponction lombaire : albumine, 1,50 ; moins d'un lymphocyte ; B. W. très positif.

Le 31 octobre 1927 : apparition d'un délire de grandeurs : « Je monterai un grand restaurant et je ferai fortune ». Plus d'hallucinations auditives. L'état anxieux a disparu.

Le 10 mai 1928, ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 2 lymphocytes ; B. W. légèrement positif.

Mai 1928 : Depuis plusieurs mois, va très bien physiquement et psychiquement. Ni confus, ni délirant, ni hallu-

ciné, ni anxieux. Il sort de l'asile en mai 1928, reprend ses enfants et fait vivre sa famille depuis ce moment. Il revient souvent dans le service, remercie des soins qu'on lui a donnés, reconnaît qu'il était aliéné. Continue dans un dispensaire le traitement par le stovarsol.

OBSERVATION XII

T... A..., 29 ans, chauffeur de fours, entre le 1^{er} décembre 1928. Est envoyé par le Professeur Froment pour malaria-thérapie.

Syphilis avouée, insuffisamment traitée. Alcoolisme reconnu (3 litres de vin par jour). D'emblée, apparaît comme un dément paralytique: euphorie béate; perte de l'auto-critique; idées niaises et absurdes de satisfaction puérile; parle constamment de sa nave qu'il est heureux d'avoir touchée. Mémoire très déficiente, avec association d'idées réduites. Inégalité pupillaire: signe d'Argyll Robertson. Réflexes tendineux vifs. Dysarthrie, tremblement des muscles de la face. Rien à l'examen des autres appareils.

Ponction lombaire: albumine, 0.40; sucre normal; 10 lymphocytes: B. W. très positif.

Impaludation 4 décembre 1928: Ictère au dixième accès. Quinine. Demande constamment sa sortie. Est envoyé à l'asile parce que essais de fugues. (Confusion mentale).

Actuellement à Bron, difficile à interroger (le malade est espagnol).

Sort de l'asile en avril 1929, très amélioré, va reprendre son métier.

OBSERVATION XIII

T... Joseph, 32 ans, entre à la clinique neurologique en janvier 1928. Rien à relever dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Avoue avoir eu la syphilis en 1915, maladie très insuffisamment soignée (frictions mercurielles seulement).

Brusquement, il y a cinq mois, l'entourage s'aperçoit que le malade bredouille, bafouille ; on le comprend très difficilement. Lui-même aurait eu conscience de l'état morbide de cette manifestation. Les siens disent qu'il a perdu légèrement la mémoire et signalent quelques fautes dans son comportement. D'ordinaire violent, assez irascible, il est devenu brusquement euphorique, béat ; en l'espace de quelques jours, tout allait bien, tout était très bien. En même temps, excitation génésique extrêmement intense.

L'examen somatique du système nerveux décèle une dysarthrie des plus nettes, des secousses dans les muscles de la face, des pupilles déformées et inégales, sans signe d'Argyll Robertson.

L'état des autres appareils est normal.

Ponction lombaire : albumine, 1,20 ; 30 lymphocytes ; pas de modification du sucre ; B. W. très positif.

En somme, paralysie générale certaine sans idées délirantes, **à forme démentielle simple**, mais la démence est peu accusée.

Impaludation, 6 février 1928 : 11 accès entre 40, 41° (accès quotidiens), quinine, tryparsamide.

Ponction lombaire, 21 avril 1928 : albumine, 0,45 ; 4 lymphocytes ; B. W. très positif.

En avril, quitte le service : la dysarthrie persiste toujours, mais est moins bien marquée. Les pupilles n'ont pas changé. Les secousses du visage ont disparu. Du point de vue mental, semble à peu près normal. Les troubles du caractère, l'euphorie béate, l'approbativité n'existent pour ainsi dire plus.

Depuis un an, le sujet a repris son métier de manouvrier. Il continue en ville son traitement par le stovarsol. Il gagne sa vie (450 francs par mois).

DISCUSSION

Ces quelques observations, qui constituent le cadre assez restreint, comme on le voit, des guérisons pra-

tiques, offrent, à l'étude, certaines considérations qu'il n'est pas inutile peut-être de développer.

Un fait est d'abord frappant : sauf 5 malades dont on a signé la sortie de l'asile, sauf un cas, d'autre part, de clientèle privée, les autres sont des individus hospitalisés à la clinique neurologique de l'Hôtel-Dieu. Comme on pourra le voir par la suite, tandis que la statistique de l'asile de Bron ne donne que des résultats modestes, celle de l'Hôtel-Dieu a plus de succès à enregistrer. La technique a toujours été la même, la souche malarique n'a jamais changé. D'un autre côté, les cas de l'Hôtel-Dieu ne sont pas constitués par des paralysies générales, surtout à expression neurologique ; comme on peut le vérifier, les sujets étaient de véritables aliénés. Mais là encore, nous retrouvons cette chose capitale qu'est la précocité du traitement ; et cette idée est comme un leit motiv dans l'histoire de la malariathérapie. De même que le chirurgien insiste sur l'opportunité de l'opération dans tel cancer au début, de même le psychiatre a le devoir de dire que passé un certain délai, sa thérapeutique sera quasi inopérante. Mais là se retrouvent bien des préjugés concernant l'aliénation ; les familles aiment se bercer d'illusions ridicules, et l'on peut dire que vraiment elle est triste la situation du malheureux pour lequel on parle de névrose, psychonévrose, cependant que le tréponème fait des ravages dans son écorce cérébrale ! Et puis il y a le préjugé de l'asile d'aliénés, aussi déshonorant pour les esprits bornés que la prison ou le bagne, idée d'autant plus ancrée que l'on descend davantage dans les couches

inférieures de la société. D'une manière générale, le début des troubles psychiques dans ces cas (cas favorables) remonte à quelques mois (5, 6 mois) au dire des familles, exception faite pour un sujet qui aurait commencé d'inquiéter les siens depuis deux ans. Il s'agit du début apparent, de date par conséquent récente ; et l'on sait que la période d'incubation que pourrait déceler une ponction lombaire, ainsi que l'analyse psychologique d'un médecin rompu à cette pratique, est bien antérieure. Voilà pourquoi on a pu conseiller l'impaludation au stade de méningite secondaire latente, comme on a pu transformer la malaria en panacée à préconiser dès l'accident initial.

Le fait que l'on ne trouve que quatre observations concernant des sujets du sexe féminin pour neuf du sexe masculin ne nous fera pas dire que la femme a moins de tendance à la guérison que l'homme. La maladie est plus fréquente chez l'homme et la proportion que nous avons ici est celle indiquée par presque tous les auteurs. Plus intéressant est de constater qu'un malade a souffert du paludisme avant sa syphilis, ce qui ne l'a pas empêché de verser dans la méningo-encéphalite. Il n'est pas sans intérêt non plus de faire remarquer à nouveau que l'un d'eux n'a pas eu de stovarsol et il peut être considéré comme un très beau cas de guérison. Cet homme n'a pas reçu d'injections de stovarsol parce qu'à ce moment là on avait quelques incertitudes dans la technique et parce que ultérieurement il a négligé de se plier à ce traitement.

Que peut-on dire maintenant de la forme de ces

paralysies générales ? Portaient-elles en elles-mêmes un germe d'évolution spontanément favorable à la guérison ou tout au moins à la rémission ? Nous pouvons faire remarquer qu'aucune d'entre elles ne s'accompagnait de signe de tabès, ce qui, ainsi que nous l'avons précédemment dit, passe, pour certains auteurs, pour un signe d'évolution moins sévère. D'un autre côté, nous tenons à signaler que pas un seul de ces malades n'avait eu de rémissions spontanées.

Quant aux formes cliniques dans lesquelles on peut ranger ces paralysies générales, nous trouvons 8 formes expansives, 3 formes dépressives, 2 formes congestives. Les formes expansives sont plus habituellement observées, on ne peut pas dire qu'elles soient plus facilement curables que les autres. La question de l'hérédité psychopatique doit aussi nous préoccuper; Gilbert Ballet signale que « les rémissions fausses, incomplètes, s'observent fréquemment chez les dégénérés et les prédisposés vésaniques qui, principalement au début de la maladie, passent par des phases épisodiques d'excitation ou de dépression, offrent des bouffées passagères de délire, phénomènes transitoires et curables dans leur nature, qui s'amendent assez vite, reparaissent pour s'évanouir encore et donnent ainsi lieu à des rémissions temporaires, suivies de rechutes, en somme à des irrégularités dans l'évolution morbide. Les délires de ces malades éclatent parfois à une époque très précoce, au début de la période prodromique, leur guérison donne alors lieu à une rémission qui peut être fort longue. Aussi la

paralysie générale a-t-elle été souvent considérée comme plus longue chez les héréditaires que chez les autres... » Notre Maître le Professeur Lépine insiste souvent dans son enseignement sur la résistance à la démence des malades psychiquement tarés. Nous n'avons pas trouvé chez ces malades d'antécédents personnels psychopathiques et nous ne croyons pas que leurs rémissions puissent être expliquées par cette pathogénie. Nous pouvons cependant rappeler que l'un d'eux peut avoir une certaine hérédité psychopathique (obs. 9), puisque sa mère s'est suicidée.

Le paludisme expérimental dans ces cas favorables n'a rien présenté en lui-même, sauf cinq accès de confusion mentale pendant la période hyperthermique qui ait pu faire préjuger d'une évolution favorable. Les accès ont été chez les uns tantôt quotidiens, tantôt ont revêtu le type franchement tierce et les températures ont toujours été très hautes (40°, 41°, 41°5).

Que dire maintenant des modifications psychiques ? Les idées délirantes actuellement n'existent plus ; elles ont été assez vite jugulées. Bien plus, le malade a pour ainsi dire toujours reconnu le caractère morbide de ses conceptions chimériques. Il reste malgré tout une diminution quelquefois bien peu apparente des facultés intellectuelles et affectives. La famille signale tout de même que le sujet n'est pas exactement comme avant la maladie. De temps à autre, il a quelques moments de distraction auxquels il n'était pas enclin. Sa capacité de travail est moins grande

que jadis ; il se fatigue plus vite ; il gagne moins d'argent.

Physiquement, ces malades sont en excellente santé. Rien de spécial n'est à noter du point de vue des troubles de tel ou tel appareil. En revanche, les signes somatiques de l'examen du système nerveux sont à peu près les mêmes. Nous avons dit dans un chapitre précédent ce que nous pensions de la dysarthrie améliorée chez quatre d'entre eux.

Enfin, l'étude des données humorales montre que tous, sauf un (ob. 11), gardent une réaction de Bordet-Wassermann très positive tandis que l'albuminose et l'hyperlymphocytose surtout sont en baisse, mais ne sont pas revenues à la normale. Il n'y a donc pas parallélisme entre la courbe humorale et la courbe psychique.

CHAPITRE II

Les améliorations

OBSERVATION XIV

C... A..., 54 ans, entré à la clinique psychiatrique le 5 novembre 1928. Syphilis avant la guerre, traitée à plusieurs reprises.

Désorientation complète à l'arrivée ; de grosses lacunes dans la mémoire ; le sujet est silencieux, répond peu.

Les pupilles sont inégales, mais n'ont pas perdu leur réflexe photomoteur.

Achoppement syllabique.

Impaludé le 16 novembre 1928. Quinine, stovarsol.

Après le traitement il est mieux ; il s'occupe un peu, essaye de travailler.

En février 1929 ; Bien moins d'obnubilation intellectuelle ; le sujet répond beaucoup mieux. Cependant il est loin d'être normal.

Ponction lombaire, mars 1929 : albumine, 0,30 ; moins d'un lymphocyte ; B.-W. légèrement positif.

OBSERVATION XV

C... C..., 32 ans, interné à l'Asile de Bron (clinique du Professeur Lépine) en septembre 1928.

Paralysie générale à forme démentielle très typique. Agitation psychomotrice très marquée ; propos d'une incohérence et d'une absurdité manifeste. Etat gâteux.

Gros signes ataxo-parétiques, notamment dyslalie très nette. Signe d'Argyll Robertson.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 45 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludation, 30 octobre 1928 : très agité pendant les accès. Quinine, stovarsol.

Mars 1929 : le malade est actuellement très calme, il est bien amélioré du point de vue de l'agitation, il n'est plus gâteux, mais il n'est pas capable de travailler ou de s'occuper.

Ponction lombaire, 9 mars 1929 : albumine, 0,60 ; 3 lymphocytes ; B. W. très positif.

OBSERVATION XVI

C... L..., 32 ans, syphilis en 1916, traitée par le néosalvarsan, le bismuth, le mercure.

A fait il y a quelques mois un séjour à l'Asile Saint-Jean-de-Dieu, pour un état anxieux sans signes démentiels qui d'ailleurs a guéri.

En juillet 1928, il est envoyé à l'Asile de Bron pour une nouvelle phase d'anxiété avec grande agitation psychomotrice. Par tous les moyens, il essaie de se suicider. Il existe un état démentiel discret, mais certain, révélé par des anomalies dans le comportement du sujet à la division. D'ailleurs, il ne peut donner nettement la raison de ses idées de suicide.

Inégalité pupillaire. Achoppement de la parole discutable.

Ponction lombaire : albumine, 0,60 ; 15 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en août 1928 : 12 accès. Quinine, stovarsol.

En novembre 1928 : il va mieux ; il travaille un peu.

Ponction lombaire, novembre 1928 : albumine, 0,60 ; 2 lymphocytes ; B. W. très positif.

En février 1929 : va bien mieux ; quelques moments de distraction. Mais il parle de ses idées de suicide en souriant ; et dit qu'il n'a plus envie de mourir.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; pas de lymphocytes ; B. W. négatif.

OBSERVATION XVII

E... A..., 25 ans, manoeuvre, hospitalisé à la clinique neurologique le 13 février 1928.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Personnellement, excellente santé jusqu'en 1921 ; à cette époque, chancre syphilitique qui aurait été traité de suite par injections de novarsénobenzol et jusqu'à ces derniers temps, le malade aurait eu des traitements réguliers.

L'affection actuelle, essentiellement caractérisée par de l'incapacité de travailler, de l'asthénie, de l'inertie, toute chose qui commence d'inquiéter sa famille, aurait débuté en décembre 1927. Toutefois, en octobre 1926, il aurait eu un accident d'automobile qui s'expliquerait mieux par un moment de distraction étrange que par maladresse. Il est vrai que cet accident pourrait être mis sur le compte d'excès alcooliques.

A l'examen, mémoire très diminuée ; amnésie considérable des faits récents, (il ignore le jour où il est venu en consultation, ne se rappelle pas s'il est venu seul ou accompagné de son père), contrastant avec l'intégrité relative de la mémoire des faits anciens (dit convenablement les occupations qu'il a eues ; raconte avec détails comment il a fait soigner sa syphilis). Attention instable ; il semble distrait

au cours de l'examen (il faut répéter plusieurs fois les questions), il n'écoute plus dès que s'ouvre la porte.... etc. L'auto-critique est très touchée. Il fait consciencieusement une soustraction posée à l'envers. Il copie servilement une question qu'on lui pose écrite. Du point de vue de l'affectivité, même engourdissement ou même ruine ; l'émotivité semble bien émoussée ; on essaie de lui faire comprendre la gravité de son état, il répond approuvativement en souriant.

Dysarthrie considérable ; tremblement de la langue avec déclanchement de la mimique. Réflexes tendineux vifs. Signe d'Argyll Robertson.

Ponction lombaire, 18 février 1928 : albumine, 1,20 ; 12 lymphocytes ; B. W. très positif.

23 février, Impaludation : 13, 14 accès. Quinine, tryparamide.

Le 11 mai 1928 : Très bon état général. La dysarthrie persiste ainsi que les autres symptômes ataxo-parétiques. Il est puéril et euphorique. Il compte correctement et passe son temps à jouer aux cartes. Mieux orienté. Parle de se remettre au travail. Envoyé en convalescence à Longchêne. Actuellement, vit avec sa famille ; il est amélioré, mais on ne peut le considérer comme guéri.

OBSERVATION XVIII

E... M..., 42 ans, conduit par sa famille à la clinique neurologique parce que son intelligence aurait baissé, parce qu'il aurait perdu la mémoire et s'irriterait facilement.

Dans les antécédents de cet homme, on relève un chancre syphilitique pendant la guerre. Il a été traité pour la première fois il y a 5 ans ; la notion d'alcoolisme est certaine (boit 3 à 4 litres de vin par jour).

L'affection mentale pour laquelle on le fait hospitaliser aurait débuté il y a 2 ans, au dire de sa femme. Ces derniers mois, les troubles auraient été plus manifestes ; son humeur est devenue inégale, il s'irrite sans raison. Il dort peu, parle

beaucoup, il parle d'une manière incohérente, saute d'un sujet à l'autre, n'écoute pas les réponses. Il lit le journal et n'en retient aucune idée, pose des questions stupides sur les faits quotidiens de son village. Il a perdu la mémoire des faits récents ; le travail matériel le plus simple reste impossible; il ne faut lui demander aucune initiative.

A l'examen, sujet robuste au faciès inexpressif. Insouciance, indifférence absolue avec inconscience de son état. Il dit qu'il cessera son travail parce qu'il en a assez fait. « Je prendrai des bains pour me distraire ».

Signe d'Argyll Robertson. Réflexes tendineux vifs. Dysarthrie légère et inconstante.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 10 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludation, 20 juin 1928 : 10 accès tierces; quinine, stovarsol.

Sort du service le 31 juillet 1928. Sa famille le reprend ; il continuera la quinine, mais il cessera pendant les mois d'été le stovarsol (il est alcoolique et l'on peut avoir des craintes pour son foie).

L'état mental n'est pas modifié ; puérilisme, délire onirique nocturne. Même achoppement du langage.

OBSERVATION XIX

F... V..., 39 ans, hospitalisé en mars 1928 à la clinique neurologique pour asthénie, diminution de la mémoire, troubles de la parole. Nie la syphilis ; mais sa femme a eu deux fausses couches. Lui-même a souffert d'adénites inguinales suppurées pendant un séjour aux colonies. Il aurait été traité par les piqûres intra-musculaires.

Syndrome démentiel certain, fait d'amnésie progressive, d'incapacité de travail, de puérilité de jugement. Il a fait de grosses erreurs dans son travail. Il présente des troubles graves de la sphère affective : tantôt indifférent, tantôt violent et très irritable. Sa femme prétend qu'il est sujet depuis

un an à des colères inquiétantes. Pas d'idées délirantes, pas de signes pupillaires. Grosse dysarthrie.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 30 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludation, 13 mars 1928 : 13 accès ; quinine, stovarsol.

Le 13 mai 1928 : Le malade, au point de vue mental, reste inchangé. Il est toujours irritable à l'occasion d'une contrariété futile, il s'emporte. Son jugement reste puéril ; il se préoccupe toutefois de sa situation matérielle. Sa mémoire reste déficiente, il oublie les objets, les recommandations qui viennent de lui être faites. La dysarthrie n'est pas modifiée.

19 mai 1928, ponction lombaire : albumine, 0,30 ; pas de lymphocytes ; B. W. très positif.

Après un séjour à Longchêne, il a recommencé de travailler. Mais se montrant toujours violent à l'égard de sa femme, on l'envoie à l'Asile de Bron.

Réimpaludé le 25 septembre 1928, à Bron : 4 accès tierces qui s'éteignent spontanément.

Actuellement, il va beaucoup mieux du point de vue intellectuel. Sa mémoire est bonne. Il est capable d'une conversation longtemps soutenue. Il s'occupe constamment à l'Asile ; fait les nettoyages de la division ; s'occupe à une foule de petits travaux. Vraiment, intellectuellement, il a un peu de déficit, mais il est toujours emporté. Cette irritabilité s'accompagne d'une lucidité extrême ; il choisit parmi les débiles ou les pauvres déments ceux qui pâtiront de ses sautes d'humeur. Il est docile devant les médecins. Aucune agressivité depuis qu'on lui a fait quelques observations.

OBSERVATION XX

F... M..., 37 ans, envoyé à l'Asile de la clinique neurologique en septembre 1925. Il vient d'avoir un accident de rue pour lequel on l'a hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, là, on l'a reconnu dément.

On ignore le début de la maladie. A son arrivée, on relève un affaiblissement mental avec un délire mégalomaniaque d'une complète absurdité.

Légère inégalité des pupilles qui ne réagissent plus à la lumière. Embarras de la parole. Réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : albumine, 0,85 ; 3 à 5 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludation le 17 juin 1927 : 10 accès ; quinine, stovarsol.

Après le paludisme, il paraît toujours confus et dément, mais le délire s'est complètement éteint.

Réimpaludé le 24 novembre 1928 : 5 accès ; quinine, stovarsol.

22 février 1929 : Le malade n'a plus de délire des grandeurs. Il n'est pas trop dément ; il suit bien la conversation et répond assez correctement. Il travaille un peu. Il sait où il est. Il connaît la date.

OBSERVATION XXI

M., femme R..., 44 ans, entrée à la clinique psychiatrique en mai 1928, elle vient de la clinique neurologique. La malade est complètement désorientée dans le temps et le lieu, elle est puérile, a des troubles grossiers de mémoire, de fixation et d'évocation. Elle ne se rend nullement compte de son état.

Tous les signes de la série ataxo-parétique sont des plus nets. Dysarthrie, pupilles immobiles, réflexes tendineux vifs.

Ponction lombaire, 5 septembre 1928 : albumine, 0,60 ; 12 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludée en septembre 1928 : quinine, stovarsol.

Actuellement, quoique toujours démente, elle est un peu améliorée, elle est orientée, a récupéré une partie de sa mémoire, mais elle n'est pas capable d'aider dans la division.

Ponction lombaire, 1^{er} mars 1929 : albumine, 0,90 ; 15 lymphocytes ; B. W. très positif.

OBSERVATION XXII

M... L..., 36 ans, a déjà fait un séjour à l'Asile de Bron en 1927. Syphilis en 1913 au Maroc ; le malade aurait été traité ; il a fait de gros excès alcooliques. Le début de la maladie mentale semble devoir être placé autour du printemps 1927. A ce moment, il a eu des idées de grandeurs ; des troubles de la parole. Le 5 novembre 1927, présentant une rémission spontanée, il sort de l'Asile.

Bientôt, il est interné de nouveau, cependant, il a été traité au stovarsol à l'Antiquaille. Il revient à l'Asile en décembre 1928. Il a présenté des crises de désespoir injustifiées, a tenté de se suicider maintes fois : chaque fois qu'il traversait un pont, il voulait se jeter à l'eau.

A son deuxième séjour, il apparaît dément typique ; idées niaises, troubles du comportement, crises d'agitation nocturne. Incapable du plus petit travail.

Signe d'Argyll Robertson. Très légère dysarthrie, réflexes tendineux vifs.

Ponction lombaire : albumine, 1,20 ; 5 lymphocytes : B. W. très positif.

Impaludé en janvier 1929 : quinine, stovarsol.

En mars 1929 : Le sujet est amélioré quant au syndrome psychiatrique. Il se rappelle la date de son arrivée. Il est incapable de travailler seul. Il persiste cependant quelques idées mélancoliques.

OBSERVATION XXIII

V... R..., 33 ans. Syphilis en 1917. Paludisme pendant la campagne d'Orient.

Les troubles mentaux pour lesquels il est interné (20 mai 1928) semblent, au dire de la femme, de longue date (plu-

sieurs années). Tout récemment, il a eu de gros troubles de caractère avec accès de délire furieux.

A son entrée dans le service, il a des idées de grandeurs ; il se dit possesseur de quantité de maisons ; il tient des propos obscènes ; il est très érotique.

Ses pupilles sont inégales ; il est dysarthrique ; ses réflexes tendineux sont vifs.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 4 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en août 1928 : quinine, stovarsol.

Plusieurs semaines après la cure malarique il est euphorique, insouciant. Il n'est plus délirant. Les signes somatiques restent les mêmes.

Ponction lombaire, 19 novembre 1928 ; albumine, 0,60 ; 5 lymphocytes ; B. W. très positif.

OBSERVATION XXIV

V... J..., 28 ans, entré à la clinique neurologique le 27 décembre 1926.

Le malade vient du service du Docteur Savy où il a été hospitalisé depuis un mois environ : il présente depuis quelque temps une certaine agitation et des troubles psychiques. Le malade a été soigné dans ce service pour des troubles dyspeptiques caractérisés par des douleurs et des malaises précoces avec vomissements bi-quotidiens, post-prandiaux. On avait noté encore des signes de spécificité nerveuse caractérisée par le syndrome humoral suivant : albuminose céphalo-rachidienne, 0 gr. 40 ; lymphocytose céphalo-rachidienne, 35 éléments. Réaction de B. W. très positive dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. La radioscopie avait en outre montré des lésions de tuberculose pulmonaire non évolutives d'ailleurs.

Les troubles mentaux pour lesquels le sujet est entré à l'isolement neurologique, sont des troubles de la série dé-

mentielle : actes stupides, agitation incohérente, idées délirantes niaises.

L'état général est extrêmement mauvais ; le malade sous-alimenté est dans un état de maigreur tout à fait marqué.

Il est envoyé à l'Asile de Bron en janvier 1927.

Impaludé en janvier 1928 : On arrête les accès après le septième (ictère). Quinine, stovarsol.

Ponction lombaire, en mars 1928 : albumine, 0,30 ; moins d'un lymphocyte ; B. W. très positif.

En mars 1929 : On note que l'état général s'est amélioré d'une façon remarquable ; le sujet a pris du poids.

Le 11 janvier 1929 : Réimpaludé, 5 accès qui s'éteignent spontanément ; quinine, stovarsol.

Le malade est bien mieux du point de vue mental ; il s'occupe dans la division, aide les infirmiers, fait une foule de petits travaux.

DISCUSSION

Les malades de cette deuxième catégorie ont bénéficié de la cure malarique ; mais actuellement ils gardent des séquelles psychiques de la maladie. D'une manière générale, les états psychopathiques accessoires ont considérablement diminué ou sont totalement éteints. Le fond mental est fréquemment amélioré ; les états de confusion étant dissipés, il reste tout de même la démence. De pareils sujets sont extrêmement instructifs : ces cas nous montrent en effet les frontières et les points communs de la démence et de la confusion ; c'est là d'ailleurs le plus important problème de la psychiatrie clinique. Les différentes étapes de la médecine mentale nous font saisir en

effet que ces deux états pathologiques ont été souvent confondus, séparés, rejoints ; les mots, d'idiotisme, de démence aiguë, d'amentia, sont assez significatifs des diverses compréhensions des auteurs. Chaslin et Hannion, Toulouse et Mignard, Laurès, Séglas, ont traité, et on sait avec quelle maîtrise, de cette subtile question. Savoir en effet, en présence d'un aliéné, si l'intelligence et l'affectivité renaîtront, si elles sont mortes pour toujours, ou bien s'il y aura des rescapés dans le naufrage, c'est bien un des problèmes les plus poignants de la clinique.

Deux choses nous ont frappé dans l'étude de ces améliorations relatives. Ce que l'on convient d'appeler état confusionnel du paralytique, n'est pas, à proprement parler, de la confusion, car il laisse un certain souvenir dans l'esprit du malade, tandis que dans la vraie confusion mentale, l'individu garde un trou dans la mémoire, son épisode une fois passé. Une deuxième chose mérite, à notre point de vue d'être signalée : un état délirant qui a une signification symbolique a plus de chance d'appartenir à l'obnubilation intellectuelle qu'à l'affaiblissement vrai.

Bref, ces malades ne sont plus les grands aliénés qu'ils étaient au moment de leur admission. Si on les étudie d'un peu près, on peut se rendre compte que leurs facultés intellectuelles, sans être brillantes, pourraient être canalisées dans telle ou telle voie. Il n'est pas question de leur faire reprendre leurs occupations. Quelle décision prendre à leur égard ? Il ne faut pas oublier d'abord que leur déficit mental touche plus l'affectivité que l'intellectualité, et que sans être véri-

tablement dangereux ces infirmes de l'esprit ont droit à notre sollicitude en même temps qu'à notre surveillance. La décision que l'on peut prendre dans ce cas va varier selon leur situation sociale, pécuniaire. Le malade riche, qui a de la famille, peut, dans bien des cas, être replacé dans son cadre habituel, d'autant plus aisément que ce psychopathe d'un niveau social élevé, qui a reçu de solides principes d'éducation, a moins d'impulsivité, d'irritabilité que le psychopathe du peuple. Il nous semble même très bon de conseiller aussitôt que possible la reprise de la vie familiale. Quant aux individus appartenant aux classes nécessiteuses, l'idéal serait de les sortir de l'asile d'aliénés et de les placer ailleurs. A l'heure actuelle, nous ne pouvons songer à les faire entrer dans un établissement tel que le Perron, par exemple; là n'est pas leur place; ils n'ont pas assez d'initiative pour vivre cette vie d'hospice, trop insouciant qu'ils sont et pas assez égoïstes, ils ne sauraient s'adapter à l'asile d'incurables que les vieillards acceptent d'autant mieux qu'ils ont, par une foule de petits détails, l'illusion de l'activité. On reste frappé en effet par le fait que ces paralytiques généraux ont peu d'initiative; ils se lèvent ou on les lève. Ils attendent l'heure des repas, et puis le coucher. Voient-ils un infirmier encombré de fardeaux, ils n'ont pas l'idée de l'aider; en revanche, ils font très bien les besognes simples qu'on leur demande. Ils pèchent par manque d'idées ou plutôt par une sorte d'indifférence affective et non pas par mauvais vouloir. Oh! ce ne sont pas des schizophrènes se complaisant dans leur monde ima-

ginaire. Indifférents, le visage un peu morne, leur regard s'arrête tout court. Ils ne peuvent vivre sans commandement. D'ailleurs c'est l'intérêt de leur état mental, comme c'est l'intérêt de l'institution qui les protège. Trop touchés par la maladie, ils ne peuvent avoir une occupation sur le type de l'artisanat qui convient aux délirants, aux discordants, mais assez mal aux déments. Mieux vaudrait les grouper, stéréotyper leur activité ; le travail des champs semble le mieux indiqué. Mais là surgit la question si souvent agitée et qui a été reprise au Congrès de Genève de 1926 par le Professeur Ladame et le Docteur Demay, chargés du rapport d'assistance sur la thérapeutique des maladies mentales par le travail, à savoir si la colonie agricole vaut mieux que l'asile lui-même. Nous n'avons pas à discuter ces diverses conceptions d'un point de vue général, mais dans le cas particulier nous donnerions notre préférence à la colonie familiale.

Il faudra évidemment s'enquérir de la santé physique de ces individus. Nos malades sont très bien portants physiquement ; jeunes, ils sont d'ailleurs assez vigoureux. Comme précédemment, et comme tout à l'heure nous le verrons pour la troisième catégorie, nous nous rendons nettement compte que les signes humoraux et somatiques ne vont pas de pair avec l'amélioration psychique.

CHAPITRE III

Les états stationnaires

OBSERVATION XXV

B... M..., 48 ans, mécanicien de locomotive. Hospitalisé à la clinique neurologique en décembre 1928. Syphilis en 1908, très insuffisamment traitée.

Dès le début de l'interrogatoire, on est frappé par ce fait qu'il répond à côté des questions qui lui sont posées ; il présente un état d'euphorie très net et une insouciance parfaite lui donnant l'air de vivre dans un autre monde. Ne se rendant nullement compte de son état psychique et de la bizarrerie de son caractère, ne se plaignant d'aucun phénomène pathologique, il serait envoyé à l'hôpital uniquement parce que son médecin l'aurait convaincu qu'il avait une affection abdominale très grave, nécessitant une intervention chirurgicale immédiate, et cependant, il dit en riant qu'il se sent bien portant. Il tient des propos stupides : « J'urine tantôt jaune, tantôt blanc ! » Il est de bonne humeur et se prête aisément à l'examen. Dysmnésique, amnésique, on se rend compte que souvent il fabule. Un fait est certain : il a été mis en congé parce que dans ses fonctions de mécanicien de locomotive, il perdait du temps en s'arrêtant pour

ramasser de l'herbe pour ses lapins. Lui-même parle de cette histoire avec le sourire, ne se rendant pas compte des graves responsabilités qui lui incombent.

Dysarthrie ; peu de tremblement ; signe d'Argyll Robertson. Réflexivité tendineuse vive.

Ponction lombaire : albumine, 1,50 ; 50 lymphocytes ; B. W. négatif.

Impaludation le 20 décembre 1928. Avant qu'apparaissent les accès fébriles, le malade présente un véritable délire des grandeurs avec agitation psychomotrice qui nécessitent son internement. Il se croit possesseur de 93 milliards, et entre dans une violente colère à la pensée que sa femme lui en dépense 47.

Il a eu 13 accès à l'Asile de Bron. Ictère. En février 1929, il n'avait pas encore reçu son stovarsol.

Actuellement, en mars 1929, il est très calme, amélioré psychiquement, cependant il parle de grosses fortunes, dit qu'il est décoré de la Légion d'Honneur, etc....

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 6 lymphocytes ; B. W. légèrement positif.

OBSERVATION XXVI

C... L..., 38 ans. Les troubles psychiques pour lesquels il vient à la clinique des maladies mentales en mai 1928, seraient de début récent. A son entrée, état de dynamie fonctionnelle : exubérant, gai, incohérent. Il sait qu'il est à l'asile, mais il ne s'en affecte nullement. Il récite spontanément la table de multiplication et les mots d'épreuve sans achoppement. Il a des hallucinations visuelles incontestables. Rebelle à l'interrogatoire, il ne laisse pas comprendre s'il a des hallucinations auditives. Par la suite, grosse excitation cérébrale. (Il est amiral... Dieu... etc.). Idées érotiques. Presque toutes ses phrases tournent autour d'un thème sexuel.

Les pupilles sont inégales et présentent le signe d'Argyll Robertson.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; 30 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludation en septembre 1928 : quinine, stovarsol.

Le 18 février 1929 : Langage incohérent ; propos ridicules ; parle de la police secrète et de ses relations dans les milieux politiques. Aucune suite dans les idées, on peut le considérer comme inchangé. Il n'a plus son état d'excitation cérébrale, mais le fond mental reste le même.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; 1 lymphocyte ; B. W. très positif.

OBSERVATION XXVII

C... B..., 27 ans, entre à l'Asile de Bron, service de M. le Professeur Lépine, en mars 1927.

On est frappé par l'embarras extrême de la parole ; il bredouille d'une façon incompréhensible. Désorientation absolue ; perte de l'auto-critique ; il répond à peine aux questions. Il n'est pas délirant.

Ses pupilles sont immobiles ; ses réflexes rotuliens et achilléens sont abolis.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; 20 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en août 1927 : 15 accès tierces, quinine, stovarsol.

Ponction lombaire, novembre 1928 : albumine, 0,30 ; 4 lymphocytes ; B. W. légèrement positif.

En février 1929, il est toujours à l'asile, très dément, ne fait aucun travail. Il ne comprend pas les questions posées. Il est complètement désorienté dans le temps et l'espace.

OBSERVATION XXVIII

C... A..., 47 ans, entré le 30 juin 1927 (clinique psychiatrique). Irritable, violent, troubles de la mémoire et du juge-

ment, mégalomanie, proteste d'être à l'asile. A l'examen ce qui domine avant tout, c'est l'embarras marqué de la parole ; il bredouille les mots les plus simples. Les phrases les plus courtes sont à peine compréhensibles. Il existe également un tremblement marqué de la langue et des doigts, des secousses fibrillaires dans la face ; les réflexes sont très vifs, les pupilles sont inégales.

Signes humoraux de syphilis nerveuse au complet constatés dans le service de M. Bériel.

Impaludé en août 1927 : 13 accès : quinine, stovarsol.

Plusieurs mois après la cure malarique, le sujet a été transféré dans un autre asile ; le déficit intellectuel, l'altération affective étaient toujours aussi marqués.

OBSERVATION XXIX

D... E..., 30 ans. Entre à la clinique psychiatrique le 2 avril 1928. Dans ses antécédents, il est à noter qu'il a eu le paludisme pendant la guerre.

Il mettait tout sans dessus dessous chez lui. Il a eu un accès de délire furieux, a brutalisé sa femme ; pendant plusieurs heures il courait nu chez lui. Un jour, dans la rue, il a fait des actes exhibitionnistes. Il est complètement désorienté à son arrivée. Il refuse de s'alimenter ; son état général devient mauvais ; il a de nombreuses escharres.

Inégalité pupillaire. Signe d'Argyll Robertson positif. Légère dyslalie.

Ponction lombaire : albumine, 0,80 ; 4 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé : 12 accès ; quinine, stovarsol. Les escharres disparaissent après le paludisme. L'état mental est inchangé. L'état physique est mauvais.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; 2 lymphocytes ; B. W. très positif.

OBSERVATION XXX

F... L..., 50 ans, entre à la clinique psychiatrique en octobre 1927. Syphilis avouée, non traitée. Les troubles psychiques de ce malade auraient fait leur apparition en mars 1921. Il est bien orienté, se rend compte qu'il est dans un asile d'aliénés. Il n'a pas de troubles apparents de la mémoire, mais semble un peu affaibli du côté du jugement. Il est très euphorique, très érotique. Sa parole est hésitante et embarrassée ; ses muscles de la face sont animés de secousses fibrillaires. Les pupilles sont inégales et présentent le signe d'Argyll Robertson.

Ponction lombaire : albumine, 0,60 ; 5 lymphocytes ; B. W. négatif.

Impaludé le 22 décembre 1927 : 12 accès. Quinine, stovarsol.

Après le traitement, l'état physique a bien changé ; le malade qui pesait 103 kilos avant, pèse 70 kilos actuellement, l'état général est bon.

L'état mental fait bonne apparence au premier abord : il répond bien, sa mémoire est bonne. Au bout d'un certain temps, il se met à rire sans motif. Il fait quelquefois des actes ridicules. Surtout, il a des impulsions érotiques. Plusieurs actions témoignent d'une perversion sexuelle impossible à réfréner.

Ponction lombaire (25 avril 1928) : albumine, 0,60 ; 3 lymphocytes, B. W. positif.

OBSERVATION XXXI

F... A..., 49 ans, entre à la clinique psychiatrique en mars 1928. Le malade vient de l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée, sujet très agité, expansif, extériorisant un délire des grandeurs absurde, il a des millions ; il tient des propos philanthropiques : « Je veux la paix du monde ». Il ignore qu'il est à l'asile, et ne se considère nullement comme

malade. Il est difficile d'analyser le fond mental, à cause de la prépondérance de son délire. Mais étant donné le caractère enfantin de ses idées, son insouciance totale, sa désorientation absolue, son euphorie béate, on peut penser que les troubles mentaux ne sont pas d'apparition récente. Le tremblement est très accentué, intéressant tout le corps, la face. La dysarthrie est apparente. Les pupilles sont déformées et ne réagissent plus à la lumière. Les réflexes tendineux sont normaux.

Ponction lombaire : albumine, 1,80 ; 21 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en mai 1928. Quinine, stovarsol.

Ponction lombaire (19 novembre 1928) : albumine, 0,50 ; pas de lymphocytes. B. W. très positif.

Actuellement en février 1929, le malade est toujours à l'asile : il sourit béatement ; parle à tout moment de son métier. Il est incapable de suivre une conversation simple. Il ignore la date, a beaucoup de difficultés pour faire des calculs élémentaires. Il répète souvent la question au lieu d'y répondre.

Démarche lourde, aucune modification du syndrome ataxo-parétique. L'état général est bon. Les idées délirantes ont complètement disparu.

OBSERVATION XXXII

F... C..., 51 ans. Premier séjour à la clinique psychiatrique en 1926.

On avait noté à ce moment-là que les troubles psychiques remontaient à deux ans, très probablement. Il aurait été commotionné en 1916. Depuis plusieurs années, il serait indifférent, déprimé, il perdait souvent ses urines. Il s'égarait dans la rue. A ce premier séjour, il apparaissait diminué quant au fond mental, désorienté dans le temps et l'espace (il disait qu'il était à Grenoble, prétendait qu'on était en 1875). Il avait des idées délirantes de grandeurs. Ponction lombaire : 9 lymphocytes ; albumine, 0,70 ; B. W. très positif.

Spontanément, le délire a cessé ; le malade restant docile, tranquille, quoique dément, fut repris par sa famille.

Deuxième séjour en décembre 1927 : Complètement dément, il ne se souvient plus de son premier séjour. Il ne se souvient plus de la date de sa naissance, de la date actuelle, s'embrouille dans la plus petite occupation, mélange tout. Il a perdu toute auto-critique ; il est content d'être à l'asile. Il prétend qu'il va faire son service militaire.

Les pupilles sont inégales, immobiles, il présente du strabisme externe. Ponction lombaire : décembre 1927. Albumine, 1,20 ; 5 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé le 7 février 1928. Quinine, stovarsol.

Ponction lombaire (février 1928) : albumine, 0,90 ; 1 lymphocyte ; B. W. très positif. Aucun changement. Excellent état général.

Réimpaludé le 28 janvier 1928. Quinine, stovarsol.

Ponction lombaire : Albumine normale, pas de lymphocytes, B. W. négatif.

Actuellement, en février 1929, le sujet est très dément, n'a nullement changé. Il a eu un ictus : il a bien guéri. Il dit toujours qu'il va faire son service militaire ; il dit qu'il a 36 ans. Il se rend compte qu'il est à Bron, dans une maison de repos, dit-il.

OBSERVATION XXXIII

G... H..., 51 ans. A son arrivée à l'asile (service de M. le Professeur Lépine), en décembre 1926, on note : hallucinations visuelles (zoopsie), avec idées hypocondriaques absurdes. Désorientation totale.

Pupilles normales ; pas de dysarthrie, léger tremblement.

Ponction lombaire : albumine, 1,20 ; 300 lymphocytes ; B. W. très positif.

Le malade a eu une série de stovarsol en juillet 1927.

Impaludé le 15 janvier 1928. Quinine, stovarsol.

Ponction lombaire (février 1928) : albumine, 0,30 ; 4 lymphocytes ; B. W. très positif. Ponction lombaire en décembre 1928 : albumine, 0,30 ; pas de lymphocytes ; B. W. très positif.

En février 1929, le malade toujours à l'asile est à peu près stationnaire du point de vue mental. Il dit qu'il a des millions et qu'il vend des fleurs. Il répète d'une manière stéréotypée : « Tierce au roi, tierce au roi ».

OBSERVATION XXXIV

G... A... Entré à l'asile (clinique psychiatrique) en avril 1928. Il vient de la clinique neurologique.

Agitation psychomotrice formidable à l'arrivée. Il se présente comme un confus ou un dément. Son état physique est très altéré (bouche fuligineuse, pouls très rapide, faciès émacié). On dirait qu'il est atteint de délire aigu. Il a de nombreuses escharres aux fesses, aux coudes.

Pas de signe pupillaire. Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 18 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en août 1928. Quinine, stovarsol. Disparition des escharres peu après le paludisme. Ponction lombaire : albumine, 0,70 ; 5 lymphocytes ; B. W. négatif.

Il est toujours à l'asile (mars 1929), dit qu'on l'a placé à l'asile parce qu'on veut le faire passer pour fou. Il semble avoir peu d'altération du fond mental. Cependant, si on prolonge l'interrogatoire, il arrive à dire des stupidités ; il dit qu'il a écrit lui-même *Cyrano de Bergerac*. Il est violent et impulsif.

OBSERVATION XXXV

G... J..., 44 ans. Entre à la clinique des maladies mentales le 11 août 1928.

Le début apparent des troubles mentaux remonterait à 6 mois (?).

Avoue la syphilis, il y a dix ans ; il aurait eu plusieurs trai-

tement intra-veineux et intra-musculaires. A son entrée, état délirant, aigu et incohérent, avec affaiblissement intellectuel. Mémoire, attention, jugement, nuls.

Grosse dysarthrie, signe d'Argyll Robertson, abolition de la réflectivité tendineuse des membres inférieurs. Ponction lombaire : albumine, 0,70 ; 9 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en novembre 1928. 14 accès. Quinine, stovarsol.

Actuellement (janvier 1929), le sujet est toujours à l'asile, mais ne délire plus; il est très calme, mais n'a pas de changement de ses facultés intellectuelles qui restent aussi précaires qu'à l'arrivée.

OBSERVATION XXXVI

G... M..., femme de 35 ans. Entre à la clinique de l'asile de Bron, en septembre 1927. Un cousin à l'asile. Elle vient d'être traitée dans un service de l'Hôtel-Dieu pour dyplopie, ptosis.

Elle se présente à l'examen comme démente ou débile ; elle ne donne que très peu de renseignements sur son précédent séjour à l'hôpital. Son jugement est puéril, sans être cependant complètement déficient. Elle est tantôt euphorique, tantôt déprimée. Elle n'a pas d'idées délirantes.

Les pupilles sont inégales et ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation. Pas de dysarthrie. Ponction lombaire : albumine, 0,60. Moins d'un lymphocyte. B. W. très positif.

Impaludée en décembre 1927. 12 accès. Quinine, acétylarsan.

Plusieurs mois après, elle a un délire de négation d'organe et un état de discordance ou de démence manifeste ; l'état physique est bon. Les signes paralytiques sont à peu près les mêmes.

OBSERVATION XXXVII

G... A..., 30 ans, entré à la clinique psychiatrique en février 1927. Le visage est sans expression ; l'examen révèle rapidement un affaiblissement intellectuel net. Il peut cependant fournir quelques renseignements. C'est ainsi qu'on apprend qu'il vit chez ses parents, qu'il n'est pas marié ; il nie la syphilis. Il se trompe sur la date de sa naissance, ainsi que sur son âge. Bien orienté dans le temps, il est désorienté dans le lieu. Il ignore qu'il est à l'asile et lorsqu'on le lui apprend, il n'en manifeste ni surprise ni étonnement. A diverses questions posées concernant son état, les troubles qu'il présente, il se contente de répondre : « Je ne sais pas ». Les réponses s'accompagnent d'un sourire niais. Pas d'idées délirantes.

Les réflexes tendineux sont vifs, les pupilles ne réagissent pas à la lumière. L'embarras de la parole est marqué. Ponction lombaire : albumine, 0,40 ; 12 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en juillet 1927 : 13 accès tierces. Quinine, stovarsol.

Evasion dans la nuit du 31 octobre. Réintégré le 5 novembre.

Il est toujours à l'asile, la thérapeutique n'a été suivie d'aucun changement favorable.

OBSERVATION XXXVIII

J... J..., 50 ans. Syphilis en 1912. A fait la campagne d'Orient ; on ne sait pas s'il a contracté le paludisme.

A son entrée à la clinique psychiatrique en avril 1928, le malade extériorise aisément des idées de grandeurs : il attend 100 millions ; trois avocats et un médecin s'occupent de son affaire. Il fait de grands projets : il fera construire un sanatorium. Il compte faire de nombreux dons aux hospices. Il

va faire construire un château à Madrid. A côté de ces absurdités, sa mémoire, son jugement sont bien altérés: il ne se rappelle pas l'âge de son fils. Quoique orienté dans le lieu et le temps, il n'est pas préoccupé d'être à l'asile. Il dit des choses stupides : parle de chevaux à six pattes, etc... Cette déficience intellectuelle s'accompagne de gros troubles dans la sphère affective : il est impulsif et violent ; il a menacé des gens ; il a cherché à incendier son logement.

A l'examen somatique, on relève de la dysarthrie, de l'inégalité pupillaire avec perte du réflexe photo-moteur.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 16 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé le 23 avril. 3 accès tierces seulement, qui s'éteignent spontanément. Réimpaludé le 19 mai, aucun accès : le malade est mis au traitement par le stovarsol.

Actuellement, le malade est calme, mais n'a aucune amélioration du fond mental.

OBSERVATION XXXIX

L... S..., 33 ans. Entre à la clinique psychiatrique en septembre 1926. Il vient de l'hôpital Saint-Pothin : le certificat d'internement rédigé par le Docteur Devic mentionne : « Atteint d'aliénation mentale (méningo-encéphalite, signe d'Argyll Robertson, signes humoraux au complet), ce malade à son arrivée était gâteux et à peu près inconscient de son état. Soumis à des injections de stovarsol, il a été amélioré en ce sens qu'il n'est plus gâteux et se lève ; mais il reste délirant (n'a plus de ventre, plus de jambes) ».

Il était hypocondriaque, négativiste, présentait peu de signes ataxo-parétiques. D'après les renseignements de sa femme, les troubles remonteraient à l'année 1926. Sort à la suite d'une rémission.

Deuxième séjour en juin 1928 : état dépressif avec idées de jalousie.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 : 120 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en décembre 1928. 13 accès. Quinine, stovarsol.

Le sujet est toujours à l'asile actuellement; il ne délire pas, mais a de très grosses déficiences du fond mental.

OBSERVATION XL

B... M..., 32 ans. On n'a aucun renseignement précis sur le début de la maladie mentale pour laquelle elle est envoyée à l'Asile départemental en août 1927. Dès le début de l'interrogatoire, la démence est manifeste. Elle ne se rappelle plus les dates de sa naissance, de son mariage ; elle n'est pas capable de fixer ses souvenirs ; elle ne peut répéter le sens d'un texte qu'elle vient de lire. Son jugement est plus que précaire. Elle dit que sa mère a 32 ans, le même âge qu'elle. Puérile, heureuse de tout et de rien.

Le syndrome ataxo-parétique est très marqué. Le signe d'Argyll Robertson est très positif.

Ponction lombaire, septembre 1927 : albumine, 1,50 ; 39 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludée en septembre 1928. 8 accès. Quinine, acétylsan.

Après la malariathérapie, on note que son état psychique est plus calme. La mémoire d'évocation est déficiente, celle de fixation relativement bonne. Elle parle seule par moment, sans qu'elle ait d'hallucinations visuelles, ni auditives.

Elle est toujours à l'Asile.

Ponction lombaire, 1^{er} mars 1929 : albumine, 0,30 ; 4 lymphocytes ; B. W. négatif.

OBSERVATION XLI

J... M..., 51 ans. Arrive à l'Asile de Bron (clinique de M. le Professeur Lépine) en septembre 1928. Elle serait malade du point de vue mental depuis un an environ. Elle n'est pas

consciente de son état et témoigne à l'entrée d'un affaiblissement global et très avancé ; euphorie ; elle ne se soucie pas de son état. Toute auto-critique a disparu. Elle est désorientée dans le temps et l'espace, n'a plus de mémoire : elle ignore en effet son âge ainsi que celui de ses enfants.

Les réflexes sont vifs, la malade présente du tremblement ; elle est dysarthrique.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; 22 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludée en août 1928. 12 accès. Quinine, stovarsol.

La thérapeutique n'a pas amené de modification dans son état mental.

Ponction lombaire, 1^{er} mars 1929 : albumine, 0,30 ; moins d'un lymphocyte ; B. W. très positif.

OBSERVATION XLII

R... L..., 43 ans, a fait une tentative de suicide chez elle. Elle est placée à l'Asile le 11 janvier 1927 ; elle ne parle pas de sa tentative à son arrivée, mais tient des propos euphoriques : elle est l'épouse du Président de la République, elle a des hallucinations auditives ; elle communique par téléphone avec de nombreux personnages, mémoire de fixation et d'évocation très déficiente, elle est négativiste de temps à autre. Léger achoppement syllabique.

Ponction lombaire : albumine, 1,20 ; 4 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludée en octobre 1927. 10 accès quotidiens. Quinine, acétylarsan.

Actuellement en mars 1929 : elle est toujours aussi agitée, aussi démente et délirante. Elle est maintenue à l'Asile.

OBSERVATION XLIII

R... A..., 51 ans, arrive à la clinique des maladies mentales en septembre 1927.

Malade très agité, très délirant : il prépare la révolution

en Angleterre, il réorganise le casino dont il est le directeur. Il veut fonder une école de cuisine à Lyon, une école gigantesque, car il est chef cuisinier. Il tient des propos d'altruisme outré et cependant, il devient par moment violent et menaçant ; il prétend qu'il coupera sa femme en morceaux et fera fusiller des gens.

Pupilles inégales avec perte du réflexe photomoteur. Dysarthrie évidente.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; 5 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en septembre 1927. 15 accès. Quinine, stovarsol. Aucun changement.

Réimpaludé en mars 1928. 5 accès quotidiens qui s'éteignent spontanément. Quinine, stovarsol.

Ponction lombaire, avril 1928 : albumine, 0,30 ; 5 lymphocytes ; B. W. très positif.

Mars 1929 : le malade est beaucoup plus calme, il réclame sa sortie, dit qu'il n'est pas fou, qu'il est simplement le chef de la révolution française et fils d'un dieu.

OBSERVATION XLIV

S... L... Le malade vient de l'Hôtel-Dieu à l'Asile de Bron, en mars 1928. A l'entrée, on note un affaiblissement intellectuel considérable. Le malade est incapable de répondre aux questions les plus simples : il ne sait ni son nom, ni son âge, ignore où il est ; c'est à peine s'il bredouille quelques paroles inintelligibles. La dysarthrie est formidable, le tremblement est généralisé ; il est gâteux.

Il n'existe pas de signe d'Argyll Robertson, mais on constate une paralysie du moteur oculaire commun droit.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 45 lymphocytes ; B. W. très positif.

On n'a pas de renseignements sur le début de l'affection, mais on peut bien penser qu'on est en présence d'une paralysie générale de date ancienne.

Impaludé le 5 avril. Le 21 avril, les accès se déclenchent selon le type tierce, puis deviennent quotidiens, suspension spontanée au huitième accès, puis reprise le 13 mai. En tout, le malade a eu 12 accès. Quinine, stovarsol.

Réimpaludé en juillet 1928. Quinine, stovarsol.

Ponction lombaire : albumine, 0,60 ; 18 lymphocytes ; B. W. très positif.

Actuellement, le malade hospitalisé au service général de l'Asile de Bron, n'a pas de changement, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique. Les signes somatiques sont les mêmes.

OBSERVATION XLV

S... A..., 35 ans. Vient de la clinique neurologique ; arrive à la clinique psychiatrique en juin 1927. Syphilis à 18 ans. Les troubles mentaux semblent dater de longtemps.

Dément tranquille, euphorique, avec une très haute idée de lui-même. nullement préoccupé de son état. Propos de satisfaction et d'optimisme.

Sa parole est troublée, il a des secousses fibrillaires dans les muscles de la face. Signe d'Argyll Robertson positif. Etat général mauvais. Il a des escharres.

Ponction lombaire : albumine, 0,60 ; 50 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en juillet 1927. 5 accès. Quinine, stovarsol.

Le malade a eu une hémoptysie légère qui a fait interrompre la pyrétothérapie. Les escharres ont complètement disparu, peu de temps après la malaria.

Octobre 1927, le malade est tantôt excité, tantôt déprimé. Il soliloque ; tient des propos incohérents et sans lieu.

Réimpaludé en février 1928. 15 accès bien supportés. Quinine, stovarsol.

Ponction lombaire, avril 1928 : albumine, 0,30 ; 2 lymphocytes ; B. W. négatif.

Actuellement, en mars 1929, le malade est toujours interné, son état mental est toujours aussi mauvais ; il parle seul, continuellement, et tient des propos stupides ; il a des mouvements incessants et stéréotypés.

DISCUSSION

Voilà donc 21 malades traités comme les précédents ; comme ils grèvent lourdement la statistique ! Certainement, ces 21 cas ne donnent pas une très haute idée des possibilités thérapeutiques. L'étude de ces observations pourra cependant faire ressortir quelques points qu'il est important, à notre avis, de signaler.

La raison de cet insuccès ne devra pas être recherchée dans une modification de la technique, dans le fait que l'hyperpyrexie s'est moins bien réalisée. Le stovarsol a été administré comme précédemment ; dans trois cas cependant on a donné de l'acétylarsan. D'une manière générale, l'impaludation a bien marché. Mais ici encore, nous retrouvons cette idée de la précocité de la thérapeutique, qui est la plus importante de toutes en matière de malariathérapie. Sans doute, nous ne pouvons pas prouver que toutes ces paralysies générales sont anciennes ; il est si difficile de rechercher le début des troubles psychiques ! Volontairement trompé par les familles ou mal renseigné par un entourage qui ne donne que de très vagues choses, le médecin doit savoir apprécier par

lui-même, d'une manière approximative tout au moins, le début d'une maladie mentale. Les actes et les délires stéréotypés, les néologismes, l'allure psychologique de l'aliéné, qui se « cristallise », plaident en faveur de l'ancienneté de la maladie. A part quelques rares exceptions, tous ces sujets étaient des déments paralytiques depuis longtemps (un an, deux ans, trois ans). Cela ne fait aucun doute pour ceux qui ont vu les malades. Certains ont été réimpaludés (obs. 32, 38, 43, 44, 45) ; il faut se résigner à dire que cette deuxième cure malarique a été aussi inopérante que la première. Remarquons encore que dans aucune de ces observations il n'est mentionné d'épisodes confusionnels contemporains du paludisme expérimental, fait qui est donné comme élément favorable du pronostic et pour lequel nous nous sommes déjà suffisamment expliqué pour n'être pas obligé d'y revenir actuellement.

Donc, l'état mental de ces individus est tel qu'ils sont inutilisables pour la société, incapables même, bien souvent, du plus modeste travail à l'asile. Cependant, certains faits ne sont pas négligeables, par exemple l'agitation due au délire, ou même l'agitation toute simple est moins marquée. C'est un avantage que les infirmiers de l'asile signalent tous. Nous pouvons dire que les symptômes psychiques accessoires de la paralysie générale et plus particulièrement les délires ont disparu ou sont très atténués dans les observations 31, 35, 38, 39. Ils demeurent aussi marqués qu'à l'entrée dans les observations 25, 42, 43, 33. Un coup d'œil rapide sur le psychisme de ces

gens nous montre que les éléments d'affaiblissement de la sphère affective sont plus tenaces que ceux qui appartiennent à la sphère intellectuelle. Ainsi, celui qui est anormalement irritable ou violent au début de sa maladie a des chances de le rester, tandis qu'après le paludisme la désorientation par exemple sera moins complète. Cela a une importance pratique considérable notamment du point de vue médico-légal.

L'état général de ces 21 malades est, dans l'ensemble, assez satisfaisant. Deux particulièrement, et pour ceux-là s'appliquerait parfaitement l'expression de « merveilleux redressement de l'état général » (Wagner von Jauregg), ont eu de ce côté une heureuse métamorphose, puisque les vastes escharres qu'ils avaient à l'entrée se sont vite cicatrisées sous l'influence du paludisme. Nous ne dirons rien des signes ataxo-parétiques, persuadé que nous sommes qu'ils n'ont vraiment pas beaucoup changé. Mais un seul a eu un ictus, les autres n'ont jamais eu cette complication qui se voyait bien plus fréquemment avant le traitement paludéen.

La discordance entre les résultats de la ponction lombaire et l'état mental est ici manifeste. Chez quelques-uns le Wassermann est devenu négatif, chez tous l'albuminose et l'hyperlymphocytose céphalo-rachidienne ont considérablement baissé.

En somme, tous ces malades apparaissent actuellement fixés, et cette rémission ou peut-être cette évolution très lente les rapprocheraient plus du tableau de la démence sénile que de celui de la démence paranoïde.

CHAPITRE IV

La léthalité

OBSERVATION XLVI

A... E..., 50 ans. Entré à la clinique psychiatrique en octobre 1928. Le malade vient de l'Hôtel-Dieu, sujet jovial, présentant un certain puérilisme dans ses récits et dans ses réflexions ; il n'est pas du tout préoccupé de sa situation ; il demeure bien orienté dans le temps, mais il est désorienté dans le lieu. Lorsqu'on lui apprend qu'il est à l'Asile de Bron, il ne manifeste aucune surprise, et se met à rire.

Ce qui domine, ce sont les troubles de la mémoire, il ne peut fournir aucun renseignement précis et ignore totalement la date exacte de sa naissance. Il ne manifeste pas d'idées délirantes.

Au point de vue somatique : tremblement marqué et généralisé, intéressant tout le corps, gênant considérablement la marche ; celle-ci est légèrement ébrieuse. Tremblement de la langue, des lèvres, secousses fibrillaires de la face. Réflexes très vifs aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Pupilles sensiblement égales, la gauche est déformée, mais l'une et l'autre réagissent à la lumière. Parole hésitante et achoppée. Lorsqu'on fait lire le malade, celui-ci

semble ne pas comprendre sa lecture ; il saute des mots et des fragments de phrase ; la lecture terminée, il ne se rappelle plus ce qu'il a lu.

Ponction lombaire : albumine, 0,80 ; 11 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en janvier 1929. Après 5 accès, en présence d'un ictère, et de l'état d'épuisement dans lequel se trouve le malade, on arrête le traitement palustre : 0 gr. 25 de quinine en injections ; 1 gramme par la bouche. Digitaline. Dans la soirée du 5 février, le malade a une dyspnée intense. Le poulx est petit, filant, arythmique, autour de 160. A l'auscultation des poumons, souffle à timbre tubaire dans la région moyenne gauche. Le sujet meurt dans la soirée.

OBSERVATION XLVII

B... A..., 41 ans. Entré à l'Asile de Bron (clinique de M. le Professeur Lépine) en août 1927. Syphilis avouée en 1914.

Le malade entre avec un état d'agitation et de confusion tenant des propos incohérents ; logorrhée, euphorie, délire d'absurdité et de satisfaction.

Achoppement notable pour les mots d'épreuve. Inégalité pupillaire, avec signe d'Argyll Robertson. Tremblement de la langue, des extrémités. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 10 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé en septembre 1927. Décédé, (accès pernicieux). 7 accès paludéens en tout.

OBSERVATION XLVIII

C... B..., 34 ans. Placée d'office à l'Asile de Bron (clinique des maladies mentales) en janvier 1928. La malade se présente avec des signes évidents de démence ; elle est enchan-

tée d'être venue en auto, elle raconte qu'elle a été danseuse, qu'elle a eu beaucoup de succès.

Achoppement de la parole très manifeste au cours de l'interrogatoire. Inégalité pupillaire, sans signe d'Argyll Robertson. Tremblement fibrillaire de la langue.

Ponction lombaire : albumine, 0,40 ; 9 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludée en février 1928. 6 accès irréguliers. Malgré les toni-cardiaques, l'état de la malade s'affaiblissait chaque jour. Le 17 mars, elle prend par la bouche 2 grammes de quinine ; cette dose étant répétée les jours suivants. Malgré cela, on ne constatait pas la chute de température habituelle, bien au contraire celle-ci s'élevait après les ingestions de quinine. On fait quelques piqûres de quinine. Décédée le 20 mars. Le 17 mars, l'examen pulmonaire avait montré une matité nette du poumon droit, l'auscultation était impossible, car la malade respirait mal.

Autopsie le 23 mars 1929 : examen pulmonaire : à droite, épanchement séro-fibrineux, remontant jusqu'à la partie moyenne du poumon, pas d'adhérences ; au niveau du lobe inférieur, on trouve un bloc pneumonique, dur, occupant tout le lobe (hépatisation rouge) au sommet du poumon, lésions tuberculeuses fibreuses, pas de cavernes. A gauche, pas d'épanchement, pas d'adhérences, mais lésions de tuberculose fibreuse au sommet. Ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés. Cœur : 590 gr. Léger épanchement péri-cardique ; végétations multiples sur les sigmoïdes aortiques. Foie : 1.700 gr. ; rate : 260 gr. ; reins ; tube digestif, rien de spécial n'est à signaler. Cerveau : lésions macroscopiques de méningo-encéphalite.

OBSERVATION XLIX

D... A..., 28 ans. Entre à la clinique neurologique en avril 1928. Syphilis avouée et pas traitée. Vient à l'hôpital pour de vagues préoccupations hypocondriaques et apparaît comme un débile ou un dément.

Le comportement du malade dans le service est réellement anormal. Il dort bien la nuit, mange abondamment des victuailles que lui apporte sa famille, boit du champagne que l'on fait supprimer ; malgré cela se plaint de l'estomac, dit qu'il est très malade ; accuse des douleurs gastriques avec hyperthésie de la région cœliaque qui rendent le palper impossible. Il ne déglutit pas sa salive et crachotte tout le temps. Il prétend en outre (et ceci prend le caractère d'une véritable idée délirante) que depuis la fonte de deux glandes sous-maxillaires son état s'est aggravé. Il est inquiet et agité tout le jour, il est à peu près impossible de le maintenir au lit. Puéril dans son jugement et bizarre dans ses plaisanteries : il affirme à ses camarades d'hôpital que sa femme le trompait, qu'elle était enceinte, et que si l'enfant ne lui ressemblait pas, il lui fracasserait la tête contre un mur. Quelquefois, il dit que ces propos sont des plaisanteries et sourit naïvement.

Ponction lombaire : albumine, 0,70 : 80 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludation le 15 mai 1928 : 10 accès tierces. Quinine, stovarsol.

Immédiatement après le paludisme, le sujet qui était tranquille se remet à délirer ; délire hallucinatoire de jalousie obscène. Il cherche sa femme durant le jour dans les couloirs parce que la nuit elle viendrait coucher avec son voisin d'en face. Le matin, il la cherche sous le lit ; il veut que la sœur lui donne à manger puisqu'elle n'a pas pris d'aliments depuis la veille au soir. Du reste la sœur est complice : lorsqu'il veut saisir sa femme, elle la fait fuir par le placard. Il fait beaucoup de tapage la nuit.

On lui établit un certificat d'internement, mais la famille refuse son placement à l'Asile. Part chez lui, mais on le reconduit à l'hôpital peu après. On l'envoie à l'Asile.

Décédé à l'Asile le 25 août 1928 de tuberculose pulmonaire. Cet homme que la maladie palustre n'avait pas modifié quant à l'état mental, continuait de délirer ; longtemps sitiophobe il fut gavé.

OBSERVATION L

D... M..., 49 ans. Date d'entrée à l'Asile départemental (clinique psychiatrique) 30 juin 1927.

Renseignements fournis par la femme du malade : bonne santé jusqu'à ces trois dernières années ; toutefois cet homme a fait de gros excès alcooliques (absinthisme).

Il y a trois ans ont apparu des maux perforants plantaires et quelques troubles de la démarche du type ataxique, chutes dans l'obscurité. Les troubles mentaux datent de la même époque ; attitude hostile vis-à-vis de son entourage. Il ne semble pas qu'il ait eu de délire à ce moment. Il y a huit mois, son attitude est devenue tout à fait incohérente ; il passait des journées entières à démonter des briquets ou autres objets mécaniques qu'il ne savait remonter. Il y a six semaines, il entra à l'Hôtel-Dieu, où il aurait manifesté quelques idées de persécution : hantise d'être assassiné, mais tout ceci très mal systématisé.

Le sujet est parfaitement calme à son arrivée ; au cours de l'interrogatoire, il ne manifeste aucune idée délirante. Attention distraite ; mémoire déficiente. Au point de vue physique, on note un peu d'achoppement, un tremblement marqué des doigts et de la langue. Abolition des réflexes rotuliens, achilléens.

Pupille gauche déformée, ne réagissant nullement à la lumière. Cécité à droite (accident). Mal perforant plantaire au niveau du gros orteil gauche.

Ponction lombaire : albumine, 0,80 ; cytol. 2, 3 lymphocytes ; B. W. très positif.

Le 24 juillet 1927 : Impaludé. 6 accès tierces, autour de 39, 40°.

Les accès ont été arrêtés par des injections de quinine ; la fièvre serait tombée, mais l'état général restait précaire, et la diarrhée continuait, diarrhée qui existait déjà avant l'impaludation.

La femme du malade le ramène à son domicile. Il y passe 3 mois et meurt chez lui,

OBSERVATION LI

F... C..., 38 ans. Paralyse générale à forme démentielle pure, sans idées délirantes, à début semblant remonter en mars 1915. Syndrome ataxo-parétique et syndrome humoral et cytologique nets.

Impaludation 25 octobre 1927. 7 accès se sont succédés avec forte hyperthermie. Ils avançaient chaque fois de plusieurs heures sur l'horaire. Tonicardiaques. Obitus sur la fin du septième accès.

OBSERVATION LII

G... J..., 51 ans. Date d'entrée à la clinique psychiatrique, 15 octobre 1927.

Malade euphorique présentant un puérilisme marqué, désorienté dans le temps et l'espace. Ignore son âge, la date de sa naissance, l'année actuelle. Troubles du jugement ; prétend qu'il a un fils de 27 ans, né après son mariage et soutient en outre, qu'il est marié depuis 17 ans ; n'en comprend pas l'in vraisemblance, nullement préoccupé de lui-même.

Achoppement de la parole ; réflexes tendineux vifs ; pupilles déformées et inégales, la gauche est très paresseuse, la droite réagit normalement.

Ponction lombaire : albumine, 0,90 ; 30 lymphocytes ; B. W. très positif.

Le 30 octobre 1927 : Impaludation. 10 accès. Quinine.

Depuis le 17 novembre, le malade présente un état physique précaire ; il déclinait visiblement. Cependant rien ne paraissait encore indiquer un danger mortel. On le soutenait par de l'huile camphrée, de la caféine. Le 19 novembre, une diarrhée s'installe, le malade s'affaiblit tellement qu'on veut d'urgence faire cesser les accès. Il reçoit deux cachets de quinine et une piqûre. La fièvre tombe, et il paraît aller beaucoup mieux et s'alimente. Mais la diarrhée persiste toujours. Trois jours après exitus.

Autopsie le 24 novembre : A l'ouverture du crâne : dure-mère souple, lustrée, non adhérente. Le cerveau pèse 1.150 grammes. Le cervelet 150 grammes ; à la surface du cerveau la pie-mère paraît épaissie, congestionnée, pas très adhérente. Hémisphère cérébral gauche ; au niveau du lobe temporal, à la partie inférieure, gros ramollissement (du volume d'un œuf). Au niveau du lobe occipital, ramollissement du même volume. Hémisphère cérébral droit : au niveau du lobe temporal droit, ramollissement ressemblant à celui du côté gauche, mais moins important. La section des deux hémisphères permet de voir sur la substance blanche un piqueté hémorragique abondant et répandu dans tout le cerveau. La substance grise est légèrement ramollie. Le ventricule latéral gauche est dilaté légèrement, le ventricule droit l'est davantage. Cervelet : piqueté hémorragique sur la substance blanche, ainsi que sur le tronc cérébral. Poumons normaux. Rate, 500 grammes. La pulpe splénique est extraordinairement ramollie. Foie, 1.800 grammes, rien à noter à la coupe. Rein gauche, 140 grammes. Rein droit, 140 grammes, rien à la coupe. Cœur : péricarde épaissi, adhérent au poumon gauche. L'aorte est un peu dilatée ; il existe quelques plaques gélatiniformes à son niveau. Le muscle cardiaque est mou, surtout celui du ventricule gauche qui se laisse écraser et dilacérer par le doigt.

OBSERVATION LIII

L... A..., 34 ans. Arrive à la clinique des maladies mentales le 17 avril 1928.

Placement d'office : la malade faisait du scandale sur la voie publique.

A l'entrée, état d'agitation psychomotrice intense, nécessitant son séjour au lit maintenue. Les idées délirantes qu'elle manifeste sont très polymorphes ; tantôt elle pleure et se lamente ; tantôt elle est euphorique. Propos incohérents, fréquemment orduriers ; à plusieurs reprises, elle manifeste des idées de grandeurs.

Pupilles déformées, sans réaction à la lumière. Tremblement de la langue.

Ponction lombaire : albumine, 0,30 ; moins d'un élément. B. W. légèrement positif.

25 mai, l'agitation est moins marquée et la malade depuis quelque temps a pu être levée.

Idées délirantes de grandeurs, de richesses, érotisme. On commence un traitement antisiphilitique.

Le 21 janvier 1929 : Impaludée.

Ponction lombaire, 30 janvier 1929 : albumine, 0,70 ; 23 lymphocytes ; B. W. très positif ; 10 accès palustres.

Le 23 février 1929 : signes d'occlusion intestinale. La malade est envoyée d'urgence à l'Hôtel-Dieu ; malgré l'intervention qui montre une torsion du grêle (sous-duodénale) la malade succombe.

OBSERVATION LIV

M... J.-F..., 36 ans. Vient de l'Hôpital de Villeurbanne, à la clinique psychiatrique le 22 octobre 1928.

Malade euphorique avec inconscience complète de son état. Bien orienté dans le temps et dans le lieu ; se rend compte qu'il est à Bron, mais n'en paraît ni affecté, ni étonné. Puérilisme marqué ; réflexions enfantines. Dysarthrie apparente dès l'interrogatoire ; tremblement massif intéressant tout le corps, gênant la marche. Secousses de la face. Réflexes tendineux vifs. Pupilles normales.

Ponction lombaire : albumine, 1,50 ; cytol. 5 lymphocytes ; B. W. très positif.

Impaludé le 6 novembre 1928. 10 accès. Malgré la quinine, la température ne tombe pas. Le malade meurt ayant présenté une fièvre en plateau (40°) et des signes de pneumonie.

Opposition à l'autopsie.

DISCUSSION

Le nombre des malades de cette dernière catégorie est évidemment élevé, trop élevé. Cependant, l'étude attentive de ces observations va nous montrer que tous ces décès ne sont pas imputables à la malariathérapie.

L'observation n° 50 concerne un individu mort chez lui, plusieurs mois après l'inoculation du paludisme. Cet homme a été repris par les siens, malgré l'avis médical ; il est mort de sa paralysie générale et non du paludisme.

L'observation n° 53 raconte l'histoire d'une femme paralytique générale, chez qui la malariathérapie s'est déroulée sans accident ; la maladie palustre a été jugulée parfaitement ; malheureusement, la malade est morte d'une affection chirurgicale opérée, affection qui n'a rien à voir avec la cure malarique.

Dans l'observation n° 49, nous apprenons que le sujet est mort de tuberculose pulmonaire trois mois après l'institution du traitement ; on peut dire évidemment que la tuberculose a été réveillée par la malaria ; on peut croire aussi, avec plus de raison, pensons-nous, que la famille croyant bien faire en reprenant chez elle cet individu, est allée à l'encontre de son désir. Cet homme avait une paralysie générale sévère et il fallait le placer dans de bonnes conditions hygiéniques ; la maladie de Bayle est spontanément mortelle, ne l'oublions pas ; et d'ailleurs, bien avant qu'il soit question du traitement de Wagner von

Jauregg, tout le monde admettait que la tuberculose enlève une certaine proportion de paralytiques. Aussi bien, nous avons le droit de le déduire de la mortalité.

Les autres observations ne peuvent être discutées.

Nous pensons que les pneumonies qui ont fait suite aux accès et qui ont eu une évolution mortelle pourront, par la suite, être diminuées quant à leur fréquence ; ces accidents pulmonaires, qui sont très vraisemblablement imputables à des infections secondaires seront plus rares si l'attention du médecin est particulièrement attirée de ce côté ; la multitude de petits soins d'hygiène, de surveillance, etc..., auront leur importance. Les accès pernicioeux sont plus difficiles à prévoir ; probablement les malades qui sont morts de cette complication avaient dû faire de gros excès alcooliques.

TROISIÈME PARTIE

CONCLUSIONS. BIBLIOGRAPHIE

Conclusions

I. — Les différents auteurs étrangers et français qui ont l'expérience des diverses thérapeutiques de la méningo-encéphalite syphilitique accordent en général leur préférence à la malariathérapie, qui est le dernier traitement proposé et qui a été réalisé sur de nombreux cas, particulièrement en Autriche et en Allemagne, sous l'instigation de Wagner von Jauregg. Personnellement, l'impression que nous retirons de cette thérapeutique qui a été appliquée à la clinique neuro-psychiatrique de Lyon est telle que nous considérons le paludisme expérimental suivi de la cure stovarsolique comme la méthode de choix.

On peut cependant lui opposer quelques critiques ; les moins fondées sont celles qui ont trait à la difficulté de trouver l'hématozoaire, à la surveillance constante des malades, ainsi qu'à la nécessité de laisser cette méthode à un personnel médical et infirmier très au courant de la technique. Beaucoup plus sérieuses sont les objections suivantes : le risque de dissémination du paludisme, la mortalité plus haute

qu'avec les autres thérapeutiques. La première de ces objections nous a toujours vivement impressionné et, à ce point d'ailleurs, qu'aucun de nos malades n'a été mis en liberté sans certitude préalable de l'extinction parfaite du paludisme. Pareillement, quoique l'opinion de certains auteurs soit parfaitement rassurante en ce qui concerne la dissémination de la malaria, il convient de faire ce traitement dans des conditions d'hygiène et d'isolement absolus. La mortalité, encore inévitable à l'heure actuelle, ne doit pas être trop prise en considération, car le paralytique voué à la déchéance certaine, court la chance inespérée d'une guérison. D'ailleurs, la diminution de la mortalité est fonction d'amélioration de la technique, ainsi que de la connaissance plus approfondie des contre-indications.

II. — Sans qu'elles soient nombreuses, ces contre-indications, on peut poser en principe général qu'il ne faut pas impaluder les sujets atteints d'affections cardio-vasculaires mal compensées, ainsi que les tuberculeux évolutifs. Les excès alcooliques récents, l'insuffisance hépatique, les affections viscérales graves peuvent contre-indiquer le traitement ou le faire différer. On connaît mieux la technique maintenant qu'aux débuts de l'application du traitement. Il convient de donner une petite dose de quinine si le malade supporte mal le paludisme; nous n'avons pas l'expérience de l'impaludation en deux temps; elle est conseillée par ceux qui font de la malariathérapie depuis 1917. Le nombre d'accès paludéens n'excédera

pas huit à dix; nos « doses » de paludisme ont été quelquefois un peu élevées.

III. — Ainsi, il arrive que des individus, grands aliénés, pour lesquels on aurait fait autrefois le pronostic le plus mauvais, soient rendus à la vie sociale et familiale. Les signes psychiques accessoires de la maladie disparaissent ainsi que la pseudo-démence (confusion), si bien que ceux qui ont été traités au début ne gardent qu'un très léger affaiblissement intellectuel et affectif, si léger qu'il est souvent pratiquement nul. Les phénomènes de confusion mentale contemporains de la période fébrile sont souvent annonciateurs de « bonnes rémissions ». Il existerait une étape (démence paranoïde) qui signifierait que le malade est en train de se fixer... ou est sur le chemin de l'amélioration. Nous n'avons pas pu mettre en évidence d'une façon nette ce phénomène. Les modifications du syndrome ataxo parétique, ainsi que celles du syndrome humoral qui arrive à se négativer, n'évoluent pas selon une courbe parallèle à celle de l'amélioration mentale.

IV. — Si ces faits sont acquis, il n'existe aucune hypothèse à l'abri de toute critique pour expliquer le mode d'action. La modification de la perméabilité céphalo-rachidienne, ainsi que le retour à la syphilis tertiaire, sont deux choses plus satisfaisantes que l'idée qui voudrait que le bénéfice thérapeutique soit sous la dépendance de l'hyperthermie par exemple, ou d'une sorte d'antagonisme entre les deux infections.

V. — Du point de vue médico-légal, on peut avoir présente à l'esprit cette notion que les troubles affectifs sont moins modifiables que les troubles intellectuels, si bien que dans certains cas l'interdiction peut être conseillée; pareillement, si la loi française admettait le divorce des aliénés, on ne pourrait pas se fier à cette idée simpliste; la paralysie générale peut guérir totalement. De même, en cas de crimes ou de délits, avant d'accabler l'individu de la responsabilité entière, il faudra étudier minutieusement les éléments de la sphère affective, et on ne tiendra que peu compte de signes à prétention objective, comme la négativation du syndrome humoral.

Mais ces faits nous invitent à ne pas perdre de vue nos malades, car nous n'avons pas une expérience suffisante sur la valeur et la durée des rémissions.

VI. — Voici notre statistique concernant aussi bien les malades de l'asile que ceux de l'hôpital :

Guérisons pratiques : 13/54 (24 %) ;

Améliorations : 11/54 (20,3 %) ;

États stationnaires : 21/54 (20,3 %) ;

Décès : 6/54 (11,1 %).

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 20 Mai 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- AGUGLIA et ABUNDO (D'). — Tentatives de traitement par injection de malaria tierce dans la paralysie générale, les syndromes parkinsoniens, l'épilepsie et la démence précoce. *Rivista italiana di neuropsiatria ed elettroterapia*, novembre-décembre 1923.
- ALISTER. — Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria. *The British med. Journal*, n° 3276, 13 octobre 1923.
- ANTHEAUME. — Les nouveaux traitements de la paralysie générale au point de vue médico-légal, sanitaire et social. *Encéphale*, 1925, juillet-août, p. 500.
- ARTWINSKI et OSTROWSKI. — Du traitement de la paralysie générale et d'autres manifestations de la syphilis nerveuse par le paludisme. *Polska Gaseta Lekarska*, t. IV, n° 48, 29 novembre 1925.
- BANDETTINI DI POGGIO. — Le traitement de la paralysie générale par la malaria, relations des cas traités. *Bolettino della R. Accademia med. di Genova*, t. XXXIX, n° 1.
- BEAUDOIN et MOIGNEAU. — Paralysie générale et délire hallucinatoire. *Soc. clin. Med. Ment.*, 16 janvier 1928, in *Rev. Neurol.*, 1928, t. I, p. 301.
- BENEDEK. — La situation actuelle du traitement de la paralysie générale. *S. Karger*, Berlin, 1926.
- BENON. — Paralysie générale et traitement. *Soc. Méd. psychol.*, 28 mars 1927, in *Rev. Neurol.*, 1927, t. I, p. 680.

- BÉRIEL et DEVIC. — Le stovarsol dans le traitement de la paralysie générale. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 11 mai 1926.
- BERING. — L'inoculation du paludisme au stade précoce de la syphilis des centres nerveux. *Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXII, n° 18.
- BOGAERT (VAN). — A propos d'un cas de paralysie générale traité par l'infection malarique. Réflexions sur la pathogénie toxique de certains troubles démentiels et sur le mécanisme thérapeutique de l'infection. *J. de Neurol. et de Psychiat.*, Bruxelles, n° 3, 1925.
- BIGNONE. — Un cas typique de paralysie générale tabétique traitée par le stovarsol sodique. *Pensiero medico*, 20 juin 1926, n° 17.
- BORREMAN. — Traitement de la paralysie générale par inoculation de la malaria. *J. de Neurol. et de Psychiat.*, Bruxelles, avril 1925, n° 4.
- BRAVETTA. — Résultat du traitement hémoparasitaire et malarialogique de la paralysie générale progressive. *Note et rivista di psichiat.*, 1926, n° 1.
- Deux années de thérapeutique malarique de la paralysie générale. *Bolletino della Societa Med di Pavia*, fasc. 5, t. I, 1926.
- BRUETSCH et BAHR. — Etude du mécanisme de la malaria d'inoculation sur les modifications histopathologiques dans la paralysie générale. *J. of Nervous and Mental diseases*, mars 1928, n° 3.
- BUNKER. — Les types de neuro-syphilis par rapport à leur traitement. *J. of the American Med. Associat.*, tome LXXXVI, n° 24, 12 juin 1926.
- BUNKER et KIRBY. — Le traitement de la paralysie générale par inoculation de la malaria. *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, vol. XVI, n° 2, août 1926.
- CARDILLO. — La thérapeutique infectieuse malarique de la neuro-syphilis. *Biologia Med.*, n° 1 et 2, 1927.
- CLAUDE et TARGOWLA. — Sur le traitement de la paralysie générale par le paludisme expérimental et les antisiphilitiques associés. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, t. XLI, n° 19, p. 795, 29 mai 1925.

- Sur le traitement actuel de la paralysie générale. Méthodes et résultats. *XXIX^e Congrès Alién. et Neurol. Paris.*
- Le traitement de la paralysie générale. Méthodes et résultats. *Encéphale*, 1925, juillet-août, p. 465.
- Présentation de nouveaux cas de paralysies générales traités par la malariathérapie. *Soc. de Psych.*, 20 décembre 1927.
- Le traitement actuel de la paralysie générale. *Monde Médical*, n° 672, pp. 633-651, août 1925.
- Sur la malariathérapie de la paralysie générale. Indications et contre-indications. *Soc. Neurol.*, 3 février 1927 in *Enc.*, 1927, p. 145.
- CLAUDE, TARGOWLA et LAMARCHE. — Présentation de nouveaux cas de paralysies générales traitées par la malariathérapie. *Soc. Psychiatr.*, 20 décembre 1927.
- CLAUDE. — Paralysie générale et schizophrénie. *Soc. Méd. Ment. belge*, 29 octobre 1927.
- COMBEMALE et TRINQUET. — Essai du traitement de la paralysie générale par la pyrétothérapie, réglée au Dmelcos. *Réunion Méd. Chir. Lille*, 26 mars 1928, in *Pr. Md.*, 1928, n° 35, p. 553.
- CORTESI. — Quelques cas de paralysies générales traités par l'inoculation de la malaria. *Policlino sez. prat. an* 32, n° 49, p. 1708, 7 décembre 1925.
- COURBON. — De la régression des troubles mentaux devant les maladies somatiques intercurrentes. *Revue Neurol.*, mars 1923, t. I, p. 237.
- COURBON et FAIL. — Régression de la paralysie générale par la phlycténothérapie. *Soc. de Psych.*, 19 janvier 1928, in *Rev. Neurol.*, t. I, 1928, p. 303.
- CRÉTEUR. — A propos du traitement de la paralysie générale par la malaria suivie de la cure aux arsénobenzols. *Arch. Méd. Belges*, t. LXXVIII, n° 9-10, p. 293, septembre-octobre 1926.
- CROUZON, VOGT (Cl.) et DELAFONTAINE. — Résultats de la malariathérapie dans la paralysie générale. *Soc. Neurol.*, 6 janvier 1927, in *Rev. Neur.*, t. I, 1927, p. 93.

- DELGADO. — Le traitement de la paralysie générale par inoculation de la malaria. *J. of Nervous and Mental diseases*, n° 5, mai 1922.
- DEMAY et PRUGNIAUD. — Les nouvelles méthodes de traitement de la paralysie générale. Pyrétothérapie. Inoculation de paludisme. *Bulletin Médical* du 26 juin 1926, 40^e année.
- DIDE. — Méningite thérapeutique par injection intra-rachidienne de Dmelcos associé ou non au stovarsol. *Soc. Neurol. Paris*, 5 juillet 1928, in *Rev. Neur.*, 1928, t. II, p. 275.
- DUJARDIN. — Les syndromes humoraux de la paralysie générale. *J. Neurol. et de Psych. an* 25, n° 8, pp. 497-510, août 1925.
- Thérapeutique de la paralysie générale. *Rapport du Congrès d'Anvers*, 1928.
- EDELCHTEN. — Contribution à l'étude de la paralysie générale juvénile progressive. *Journ. neuropathologhii y psichiatrii imeni. S. S. Korsakova*, t. XVIII, n°s 3 et 4, pp. 57-75, 1925.
- FERRARO et FONG. — The serology of general paresis in Malaria treated cases. *Med. Journ. and Record.*, septembre 1927.
- FISCHER. — Le traitement curatif et prophylactique non spécifique de la paralysie générale. *Medizinische Klinik*, t. XVII, n° 48, 27 novembre 1921.
- FORSTER. — Persistance des spirochètes chez des paralytiques généraux, traités par la malariathérapie. *Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXII, n° 51, 18 décembre 1925.
- FORSTER et SMITH. — Les préparations de Bi dans le traitement du tabès et de la paralysie générale. *J. of Nervous and Mental diseases* 60, n° 5, novembre 1924.
- FRIBOURG-BLANC. — Le traitement de la paralysie générale par les chocs infectieux (paludisme, fièvre récurrente). *Paris Médical an* 15, n° 49, pp. 484-492, 5 décembre 1925.

- Le traitement par le paludisme des psychoses autres que la paralysie générale. *Congrès Aliénistes et Neurol. Genève, 1926, Comptes rendus*, p. 287.
- FREEMANN. — Traitement de la paralysie générale par la malarithérapie. *Observat. histo. pathol. Journ. of the American medical associat.*, t. XXXVIII, n° 14, 2 avril 1927, in *Encéph.*, 1927, p. 662.
- GAKKBOUCHE. — Les nouvelles méthodes de traitement de la paralysie générale progressive. *Sovremennaja psichonevrologia*, t. I, pp. 45-51, 1925.
- GATÉ et CHRISTY. — Remarques au cours du traitement d'une paralysie générale par la pyrétothérapie réglée. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 7 février 1928.
- GERSTMANN. — Au sujet de la transformation du tableau clinique de la paralysie générale en une forme hallucinatoire paranoïde à la suite du traitement par inoculation de malaria. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, XCIII, n° 2, septembre 1924.
- GERSTMANN. — Traitement de la paralysie générale par la malarithérapie. « Die Malariebehandlung der progressiven Paralyse ». *Springer*, Vienne, 1925.
- GUIRAUD. — Polymorphisme de la syphilis encéphal. *Annales médico-psychol.*, an. 83, t. II, n° 3, p. 260-272, octobre 1925.
- GUIRAUD et SONN. — Traitement de la paralysie générale par le sulfarsénol et les pyrétogènes. *Soc. clin. Méd. Ment.*, 19 mai 1924, in *Encéph.* 1924, p. 395.
- GORIA. — Recherches et considérations sur l'évolution de la paralysie générale traitée par la pyrétothérapie associée aux préparations de Bi. *Note e rivista di psichiatria. Pesaro*, 1925, n° 1.
- Sur les rapports entre la syphilis et la malaria. *Quaderni di psichiatria*, 1926, t. XIII, n° 3-4.
- Les données les plus récentes sur le traitement de la paralysie générale progressive. *Minerva Medica*, 1925.
- Sur les résultats du traitement par la malaria et la récurrente dans le tabès. *Minerva Medica*, 10 mai 1927.
- Les questions et les conséquences médico-légales relatives aux traitements modernes de la paralysie gé-

- nérale progressive. *Quaderni di psichiatria*, an. 14, n° 7-8, 1927.
- GOUGEROT. — Malariathérapie préventive des syphilis nerveuses. *Paris Médical*, 3 mars 1928, p. 198.
- GOUGEROT, KAHN, MEYER, WEILL-SPIRE. — Pseudo-paralysie générale chez les tabétiques. Guérison ou amélioration et fixation par le traitement antisyphtilique. *Annales des maladies vénériennes*, an. 21, n° 2, p. 106-140, février 1926.
- GRANT. — Traitement de la paralysie générale par la malariathérapie. *The British Medical Journal*, n° 3276, 20 octobre 1923.
- GROSSMANN. — Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation de paludisme. *The Lancet*, t. CCIX, n° 5314, 4 juillet 1925.
- HERRMANN et MÜNZER. — Les méthodes modernes non spécifiques de traitement de la paralysie générale et les méthodes de contrôle précises de leurs résultats. L'évolution des altérations du liquide céphalo-rachidien pendant et après le traitement de la paralysie générale par les inoculations de malaria selon la méthode de Wagner von Jauregg. *Medizinische Klinik, Berlin*, n° 47, 25 février 1923.
- HESNARD. — Suites éloignées du paludisme au point de vue neuropsychiatrique. *XVII^e Congrès français de Médecine*, Bordeaux, septembre 1923.
- IKTHEMANN. — Contributions à la question de priorité du Dr. Rosenblum dans la nouvelle méthode de traitement de la paralysie générale. *Annales des maladies vénériennes*, t. XX, n° 8, p. 511, août 1925.
- INTYRE (Mac). — L'inoculation de la malaria dans le traitement de la paralysie générale. *Arch. of Neurology and Psychiatry*, vol. XI.
- ISEMEIN. — La paralysie générale progressive. *Gaz Hôp.*, an. 9, n° 56, 57, p. 1045, 14 et 21 août 1926.
- JANOTA et KNOBLOCK. — Conditions médico-légales touchant la capacité civile des paralytiques généraux traités. *Soc. psychoneurolog. de Prague*, 14 mars 1928, in *Encéph.* 1928, n° 10, p. 967.

KAUDERS. — Sur la technique de la préparation du sang malarique pour le traitement de la paralysie générale selon la méthode de Wagner von Jauregg. *Biochemica e terapia sperimentale*, t. XIII, n° 1, p. 33, janvier 1926.

KUNDE, HALL, GERTY. — Proteinothérapie aspécifique dans la paralysie générale. *J. of. the American med. associat.*, t. 87, n° 17, p. 1376, 23 octobre 1926.

LAFORA. — Sur le traitement de la paralysie générale par le paludisme et la fièvre récurrente. *Arch. de neurol.* Mai-juin 1925.

LÉPINE (J.). — Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale. *Presse médicale*, n° 9, 29 janvier 1910.

— A propos des traitements modernes de la paralysie générale. *Journal de Méd. de Lyon*, 20 juin 1925, p. 335.

LÉPINE (J.), BOURRAT et CHRISTY. — Paralysie générale et pyrétothérapie réglée. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 15 mai 1928.

LÉPINE (J.), BOURRAT, CHRISTY et PESTOTNICK. — Paralytiques généraux traités par la malariathérapie. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 7 mai 1929.

LÉPINE (J.), LÉONET, LARRIVÉ et PESTOTNICK. — Paralytiques généraux traités par la malariathérapie. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 7 mai 1929.

LEVIN. — The resultat of malaria treatment of paresis. *Méd. Journ. and Record*, septembre 1927.

LEY. — Note sur l'expérience faite en Belgique du traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria tierce. *XXVIII^e Congrès Alién. et Neurol.* Bruxelles, 1924.

MARCOU. — Corresp., *Presse Médic.*, 13 juin 1925, p. 798.

MARIE (A.) et KOHEN (C.). — Paralysie générale en rémission après leucopyrétothérapie associée au Bi. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 15 décembre 1924, in *Encéph.*, 1925, p. 62.

— La leucopyrétothérapie associée au Bi dans le traitement de la paralysie générale et du tabès. *XXVIII^e Congrès Alién. et Neurol.* Bruxelles, 1924.

— La leucopyrétothérapie dans la paralysie générale. *Bulletin Acad. Méd.*, t. 93, n° 23, p. 664, 9 juin 1925.

- MARIE (A.) et CHEVALLIER. — Essai de traitement préventif de la paralysie générale par l'inoculation de paludisme. Nécessité de la ponction lombaire précoce chez les syphilitiques. *Bull. Soc. Franç. Dermatol. et Syphiligr.*, n° 8, p. 422, 12 novembre 1925.
- MARIE (A.) et MATHIS. — Essai de traitement de la paralysie générale par la récurrente du spirôchète crocidurœ. *Soc. Thérap.*, 13 octobre 1926, in *Presse Médic.*, 1926, n° 85, p. 1338.
- MARIE (A.). — Paralytiques généraux traités par le sang malarique et en état de rémission. *Bull. Soc. Franç. Dermatol et Syphil.*, n° 3, p. 160, 11 mars 1926.
- Paralysie générale chez un Arabe. *Soc. Psych.*, 20 octobre 1927, in *Presse Med.*, 1927, n° 89, p. 1353.
- MARINESCO et DRAGANESCO. — Le traitement de la paralysie générale par la malaria. *Bull. Académie de Méd.*, t. 93, n° 13, p. 358, 31 mars 1925.
- MINGAZZINI. — Sur le traitement moderne de la syphilis et de la métasyphilis nerveuse. *Biologie médicale*, n° 7, 1925.
- NAUDASCHER, CHANES et CORBIER. — Traitement de la paralysie générale par les injections de lacto-protéine et le sulfarsénol. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 19 mai 1924, in *Encéph.*, 1924, p. 395.
- NICOLE et STEEL. — Le traitement de la paralysie générale par la malaria. *Encéphale*, 1926, an. 21, n° 2, février, p. 116.
- NYSSSEN. — Sur l'inoculation intraveineuse de la malaria bénigne dans le traitement de la paralysie générale. *Soc. Belge de Neurologie*, 1^{er} août 1925.
- O'LEARY, GOEKERMAN et PARKER. — Traitement de la neurosyphilis par la malaria. *Arch. of Dermatol. and Syphilology*, t. XIII, n° 3, p. 310-320, mars 1926.
- PACHECO E SILVA. — Localisation du treponema pall. dans le cerveau des paralytiques généraux. Considérations thérapeutiques. *Revue Neurologique*, décembre 1926, p. 558.

- PAGNIEZ. — Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria. *Presse Méd.*, n° 43, p. 717, 30 mai 1925.
- PAOLI. — Sur le traitement de la paralysie générale. *Note e Rivista di psichiatria*, janvier 1922.
- Le traitement de la paralysie générale. Rapport au XVII^e Congrès de la Soc. frénia-trique italienne. *Rivista sperimentale di frenatria*, février 1927.
- PARHON et DEREVICI. — Sur la thérapeutique pyrétogène et surtout par l'infection malarique dans la paralysie générale. *Bull. Soc. roumaine de Neurol., Psychiat., Psychol. et Endocrinol.*, n° 2, août 1925, p. 91-95.
- PAULIAN. — La malariathérapie dans l'ophtalmoplégie au cours de la tabo-paralysie générale. *Soc. Neurol. Paris*, 8 novembre 1928, in *Rev. Neur.*, 1928, t. II, p. 764.
- Traitement du tabès par la malariathérapie. *Paris Méd.*, an. 18, n° 10, p. 231, 10 mars 1928.
- PAULIAN, DIMITRESCU, FORTUNESCU. — Malariathérapie, ses réactions biologiques dans le liquide céphalo-rachidien. *Bull. Méd. Thérap.* décembre 1927.
- PASCAL, ABRAMOVITZ, BRIAU. — Amélioration rapide d'une paralysie générale cachectique et gâteuse par le stovarsol associé au Dmelcos. *Soc. Méd. Psychol.*, 27 février 1928, in *Enc.*, 1928, p. 258.
- PELLACANI. — Les rémissions spontanées et thérapeutiques de la paralysie générale. *Riforma medica*, t. 41, n° 9, p. 675, 20 juillet 1925.
- PERELMANN. — Les psychoses de la malaria. *Encéphale*, décembre 1925, p. 740.
- PEYROT. — Paralysie générale chez un Dahoméen. *Soc. Méd. et Hygiène coloniale de Marseille*, 9 janv. 1927, in *Mars. Méd.*, p. 97-101.
- PISANI. — Les syndromes humoraux chez les p. g. traités par la malaria. *Rapp. au XVII^e Congrès de la Soc. Frénia-trique italienne. Rivista sperimentale di Freniatria*, février 1927.
- PÖTZL. — Les méthodes modernes non spécifiques du traitement de la paralysie générale et les méthodes de contrôle précis de leurs résultats. Signification des modifi-

cations du liquide céphalo-rachidien dans le cours du traitement de la paralysie générale par inoculation de malaria selon le procédé de Wagner von Jauregg. *Medizinische Klinik*, Berlin, t. XX, n° 46, 18 novembre 1923.

PRUGNIAUD. — Contribution à l'étude du traitement de la paralysie générale par la malaria et le typhus récurrent. *Thèse de Paris*, 1927.

PRUSSAK et Mme BAU-PRUSSAK. — Perméabilité de la barrière nerveuse centrale dans les maladies mentales et nerveuses. *Encéphale*, 1927, n° 3.

REDLICH. — Un cas de paludisme larvé après inoculation palustre pour traitement de la paralysie générale. Remarques sur les relations possibles de l'épilepsie et du paludisme, *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XXXVII, no, février 1927, n° 1.

REITANO. — Contributions à la connaissance des altérations du système nerveux central dans la malaria. *Il policlino*, février 1927, n° 1.

RIVA. — Curabilité et traitement de la paralysie générale. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 30 septembre 1927.

RAYNOR. — Les rémissions dans la paralysie générale. *Arch. of Neurology and Psychiatry*, t. XII, n° 4, octobre 1924.

ROSTAN. — Recherches expérimentales sur la dégénérescence hydropique et vacuolaire dans les cellules de la moelle épinière des animaux soumis à l'hyperthermie. *Rassegna di studi psichiatria*, novembre-décembre 1926.

ROVERE. — Sur les manifestations précoces et le traitement de la paralysie générale. *Annali Manicomio. Interprov. L. Mandaldri di Messina*, février 1926.

SANTANGELO. — Sur les raisons qui empêchent les progrès des recherches sur la malariathérapie dans la démence paralytique et les directions futures de ces études. Etude clinique et contributions cliniques. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, juillet 1926.

SCHUSTER. — Les éléments anatomiques de la malariathérapie dans la paralysie générale. *Polska gazeta Lekarska*, t. XII, n° 8, 19 février; n° 9, 29 février n° 10, 4 mars 1928.

- SCRIPTURE. — Le traitement de la paralysie générale par la malaria et l'emploi de l'inscription graphique de la parole en vue du diagnostic précoce. *J. of. Mental, Science*, n° 284, janvier 1923.
- SERIN (Suzanne). — Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1926.
- SÉZARY et BARBÉ. — Recherche sur la chimiothérapie de la paralysie générale. *Encéphale*, 1926, n° 3, p. 99.
- Evolution comparée des réactions humorales et des symptômes cliniques chez les paralytiques généraux. *Paris Méd.*, an. 16, n° 40, p. 258-265, 2 octobre 1926.
- SICARD, HAGUENAU et WALLICH. — Pyréthothérapie réglée dans la paralysie générale par un vaccin microbien intra-veineux. *Soc. de Neurol.*, 7 juillet 1927, in *Rev. Neur.*, 1927, t. II, p. 61.
- SIERRA. — Présence du tréponème pâle dans le cortex cérébral des paralytiques généraux malariés. *Arch. Argentinos de Neurologia*, vol. I, n° 3, avril 1927, p. 183-203.
- Etude histo-pathologique de l'écorce des paralytiques généraux traités par la malaria. *Revista argentina de Neurol., Psiquiatria y medicina legale*, n° 1, février 1927.
- SOLOMON. — La paralysie générale : ce qu'elle est; ses possibilités thérapeutiques. *American Journ. of Psychiatry*, avril 1923, p. 623.
- SOLOMONOWICZ. — Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria. *Congrès psychiatr. de Roumanie*, 29 septembre-1^{er} octobre 1925.
- SOUQUES. — Un cas de mort au cours de la malariathérapie, chez un paralytique général. *Soc. Neurol.* du 7 avril 1927, in *Rev. Neur.*, 1927, t. I, p. 489.
- SPRINGLOVA. — Les tréponèmes dans le cerveau dans la paralysie générale après le paludisme et quelques autres maladies pyrexiques. *Casopis Lekarů Ceskych*. Tome LXVI, n° 18, 19, 20, 29 avril, 6 et 3 mai 1927.
- STRAUSSLER et KOSKINAS. — L'influence du traitement par l'inoculation paludéenne sur le processus histologique de la paralysie générale. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 17, avril 1923.

- TARGOWLA. — Thérapeutique de la paralysie générale. *Rapport Congrès d'Anvers*, 1928. Voir aussi Claude et Targowla.
- TEN RAA. — Inoculation au plasmodium paludique dans la paralysie générale. *Nederlansch Tydschrift voor Geneeskunde*, 25 juillet 1925.
- THURZÓ et NAGY. — Contribution à la thérapie infectieuse des maladies neurosyphilitiques. *Arch. de Neurologie*, novembre 1927.
- TRÉNEL. — Traitement de la paralysie générale par le Dmelcos. Epanchement pleural-intercurrent. Rémission. *Soc. Clin. de méd. mentale*, 18 juin 1928, in *Pr. Méd.*, 1928, N° 59, p. 938.
- Accident de la malariathérapie dans la paralysie générale. *Soc. Clin. de Méd. ment.*, 21 juin 1926, in *Pr. Méd.*, 1926, N° 61, p. 966.
- TRENEL et CLERC. — Lésions valvulaires aortiques chez un
- TROSSARELLI. — Contribution à la connaissance de la malariathérapie. *Soc. Clin. de Méd. ment.*, 21 juin 1926, in *Pr. Méd.*, 1926, N° 56, p. 922.
- TROSSARELLI — Contribution à la connaissance de la malariathérapie dans la paralysie générale. *El policlino*, février, 1927, N° 1.
- UNTERSTEINER. — Contribution à l'étude des réactions sérologiques au cours du traitement de la paralysie générale par la malaria. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, t. 85, f. 5, 6, p. 226, mai 1925.
- VALDEZAN HERMILIE. — Paralysie générale sans démence. *Revista de psiquiatria y disciplinas conexas*. Lima, janvier 1924.
- VALLEJO NAJERA. — Malariathérapie et pronostic de la paralysie générale progressive. *El Siglo medico*, octobre-novembre 1926, N° 3802, 3, 4, 5, 6.
- VERMEYLEN. — Les modifications psych. des paralytiques généraux malariés. Congrès de Genève, 1926. *Comptes rendus*, p. 257.
- Délire hallucinatoire chez une paralytique générale. *Soc. Belge de Méd. ment.*, 29 mai 1926.

- WAGNER VON JAUREG. — Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. *Jahrb. f. Psych. u. Neurol.* Bd 7, 1887.
- Behandlung der progressiven Paralyse mit. Tuberkulininjektionen. Ber d. XVI mediz. Kongr. in Budapest, 1909 ; *Wiener med. Wochenschr.* Nr. 37, 1909.
- Die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse *Psych. Neurol. Wochenschr.* Bd. 20, S. 132 u. 251, 1918-1919.
- Malaria und Recurrensbehandlung der progressiven Paralyse *Vers bayr. Psych. in München, aug.* 1925; *Psychol. Neurol. Wochenschr.* N. 44, S. 448, 1925.
- WANSEY BAYLY. — Traitement malarique de la paralysie générale. *Medical Journal and Record*, 7 septembre 1927.
- WETHMAR. — Groupes sanguins et paludisme par inoculation. *Klinische Wochenschrift*, t. VI, N° 41, 8 octobre 1927.
- WIMMER. — Considérations médico-légales sur les paralytiques généraux guéris par la malariathérapie. *Encéphale*, juillet-août 1928, N° 7.
- WIZEL et PRUSSAK. — Le traitement de la paralysie générale par inoculation de paludisme. *Encéphale*, 1925, février p. 99.
- YANNIRIS et ARKALIDIS. — Le traitement de la paralysie générale progressive par l'inoculation de paludisme à l'hôpital. Dromokaitiou, vol. Jubil. du Pr. Catsaras. Athènes, 1928.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
<i>Première Partie.</i> — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES....	15
<i>Chapitre Premier.</i> — Avant-propos et Historique	17
<i>Chapitre II.</i> — Technique de la Malariathérapie Indications. Contre-indications	27
<i>Chapitre III.</i> — Modifications psychiques	41
<i>Chapitre IV.</i> — Modifications du syndrome ataxo-parétique de l'état de quelques grands appareils et du syndrome humoral	63
<i>Chapitre V.</i> — Modes d'action	79
<i>Chapitre VI.</i> — Quelques considérations sani- taires et médico-légales	105
<i>Deuxième Partie.</i> — FAITS CLINIQUES.....	113
<i>Chapitre Premier.</i> — Les guérisons.....	119
<i>Chapitre II.</i> — Les améliorations	141
<i>Chapitre III.</i> — Les états stationnaires.....	155
<i>Chapitre IV.</i> — La léthalite.....	173
<i>Troisième Partie.</i> — CONCLUSIONS. BIBLIOGRAPHIE.	183
Conclusions.....	185
Bibliographie.....	189



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

• • • • • LYON • • • • •



